Nr. 22. 1. czerwca 1924. Rok III.

# POLSKA GAZETA LEKARSKA

## Prace oryginalne.

Dr. med. Henryk HIGIER. Warszawa.

### W sprawie l czenia głuchoty w otosklerozie.

Młoda, 29-letnia, ze zdrowej rodziny pochodząca kobieta, bez obciążenia neuropatycznego, cierpi od szeregu lat na postępujące bez wyraźnej przyczyny przytępienie słuchu. Nie przechodziła prócz grypy żadnej choroby zakaźnej. Z wywiadów wynika, że babka we wczesnym wieku ogłuchła.

W ciągu ostatnich 9 lat siła słuchu słabnie coraz bardziej, tak, że prawe ucho ogłuchło zupełnie, a lewe częściowo, mimo leczenia ogólnego i systematycznie przeprowadzanych licznych kuracji miejscowych w Warszawie i zagranicą, gdzie zasięgała porady najpoważniejszych otjatrów i neurologów. Pogorszenie postępuje nieprzerwanie, często w skokach, zwłaszcza po przebytej grypie i po porodzie. Amerykański, według zasady telefonu zbudowany akustikon oddaje jej w ostatnich latach poważne usługi.

Po jakiemś bliżej niewytłumaczonem obostrzeniu chora traci zupełnie słuch, nie słyszy dźwięków własnej mowy, staje się głuchą jak pień i nie może się absolutnie porozumieć z otoczeniem. Dosyć inteligentna, depresyjnie zupełnie nieusposobiona, pacjentka z rozpaczy truje się dużą dawką dentystycznej pasty arszenikowej. Ciężkie objawy zatrucia arszenikiem znikają stopniowo po wielokrotnem przemyciu żołądka.

W 2—3 tygodnie po zamachu samobójczym zaczyna stopniowo i niespodzianie wracać słuch, chora słyszy głośną rozmowę własnego dziecka, może się znowu posługiwać już dawno zarzuconym aparatem słuchowym i wejść w kontakt z otoczeniem, zaczyna korzystać z prawego, od roku już zupełnie wycofanego ucha, a poprawa postępuje powolnie ale nieprzerwanie naprzód. Poprawa jest o wiele wyraźniejsza i znacznie więcej w oczy się rzucająca od tych popraw, jakiemi zwykła była pacjentka się łudzić po najróżnorodniejszych metodach leczenia, jak po elektryzacji, masażu, sztucznem słońcu i środkach farmaceutycznych. Zrozpaczona, bez błysku nadziei żyjąca, ciągle w myślach samobójczych zatopiona pacjentka, zaczyna interesować się wszystkiem i wierzyć w możliwość dalszej poprawy, którą stwierdza też otoczenie i lekarz.

Nie mam potrzeby dowodzić, że latami całemi bez oznak przedmiotowych rozwijające się, po porodzie i grypie pogarszające się przytępienie słuchu należy do typu otosklerozy, za czem również przemawiaćby mogła głuchota babki, w młodym wieku obserwowana. Tak też brzmiała djagnoza wszystkich jej lekarzy.

Jak należy ocenić postępującą, całe miesiące trwającą wybitną poprawę cierpienia, które 10 lat z rzędu wykazywało stałe pogorszenie? W pierwszej linji można mówić o samoistnej poprawie, jaką się widuje tu i ówdzie w otosklerozie. Dziwnym atoli pozostaje niezaprzeczony fakt, że pacjentka w ciągu długiego szeregu lat mówiła jedynie o nieprzerwanem pogarszaniu i obostrzeniach, nigdy zaś o cofaniu się choroby nie wspominała. Czynnik psychogenny w rodzaju lęku śmiertelnego i wstrząsu podczas i po otruciu również nie wchodzi w rachubę. Nie ma tu mowy o konstytucji histerycznej zrównoważonego i inteligentnego osobnika, początek choroby nie był nagły, przebieg był typowo przewlekły, poprawa szła powolnie i stopniowo i zaczęła się dopiero w trzy tygodnie po otruciu.

Przypuszczać raczej należy, zdaniem mojem, działanie stymulująco-odradzające toksycznej dawki arszeniku na zajęte chorobą nerwy słuchowe. Leczymy wprawdzie od dawna chorych takich arszenikiem, ale widocznie nasze małe dawki nie posiadają tego wybitnego działania.

Przytaczam z rozmysłem tę krótką historję choroby, aby zachęcić kolegów do robienia prób terapeutycznych w tym kierunku, tembardziej, że analogiczne reminiscencje mam z lat dawnych o starszej kobiecie, która na wsi po przypadkowem otruciu trucizną na szczury też częściowo odzyskała słuch. Obawiać się dużych dawek arszeniku nie należy, jak nas poucza doświadczenie z salwarsanem, a zwłaszcza z bardzo wysokiemi dawkami kakodylu, jakie stosowali francuscy uczeni w ostatniej epidemji śpiączki zupełnie bezkarnie.

---

Dr. Olgierd KRUKOWSKI. Lwów.

### O zastosowaniu olejku terpentynowego i mleka w terapji duru brzusznego i wąglika.

(Z oddz. chor. zak. państw. szpit. Kier. Dr. W. Arnold.)

Pomyślne wyniki, otrzymywane przy stosowaniu olejku terpentynowego i mleka w terapji rozmaitych chorób, zachęciły nas do wypróbowania tych środków w przebiegu chorób zakaźnych. Liczne doświadczenia na oddziale zakaźnym przekonały nas, że środki te mogą znaleść uzasadnione zastosowanie w terapji duru brzusznego i wąglika.

Przypadki duru brzusznego powikłane przez ostre lub przewlekłe schorzenie płuc przeważnie nie oddziaływują dodatnio na zastosowanie powyżej przytoczonych środków. Ogólna wrażliwość ustroju, niejednokrotnie zbyt żywy miejscowy odczyn i tylko nieznaczne, a zarazem krótkotrwałe obniżenie ciepłoty nie zachęcają do powtórnych prób w tym kierunku.

Wszystkie inne przypadki duru brzusznego w pierwszych okresach swego przebiegu, już ze względu na anatomopatologiczne zmiany, zachodzące w jelitach chorego, nie rokują zbyt wiele powodzenia przy stosowaniu jakiejkolwiek terapji. Późniejszy okres choroby wymaga zato szczególnej mobilizacji sił całego ustroju, jak również zwiększonej miejscowej odporności jelita, narażonego na dalsze zakażenie ze strony rozpadowych mas, stopniowo oczyszczających się owrzodzeń. W tym okresie, jak to wykazuje w śmiertelnych przypadkach sekcja, łatwo następuje stworzenie się nowych, zapalnych ognisk i dalsze, niepożądane przedłużenie choroby. Wreszcie w tym okresie duru brzusznego obserwujemy tak często w obecnych czasach, niejednokrotnie bardzo obfite krwotoki jelitowe.

W tym okresie choroby odpowiedni zewnętrzny bodziec posiada dla ustroju doniosłe i niezaprzeczone znaczenie. Mleko, wstrzykiwane w końcu 3-go tygodnia duru brzusznego, pobudza osłabiony ustrój do energicznej walki z zakażeniem. Dawka 1,0—2.0, mleka zastosowana śródmięśniowo wywołuje zazwyczaj jeno nieznaczny odczyn miejscowy i krótkotrwałe podniesienie ciepłoty, powodując następnie znaczny jej spadek. Powtórne stosowanie tych samych lub zwolna wzrastających dawek mleka sprowadza zwykle trwałe obniżenie ciepłoty i skrócenie przebiegu choroby.

Działanie olejku terpentynowego jest klinicznie analogiczne, lecz naogół nieco słabsze i nie powoduje owej przejściowej zwyżki ciepłoty po zastrzyku, co w pewnych przypadkach duru brzusznego nie może być obojętne. Zwykle po 1—2—3 razowem zastosowaniu mleka przechodzimy do olejku terpentynowego w postaci śródmięśniowych zastrzyków do uda według następującego przepisu:

Typ: Ol. terebinth. gall. 3,0
Ol. olivar. 17,0
M. D. S. steril. pro injectione

Jednorazowa dawka 0,5—1,0.

Podobne stosowanie wymienionych preparatów w przebiegu duru brzusznego niejednokrotnie przyniosło niezaprzeczoną korzyść.

Przechodząc z kolei do kwestji leczenia wąglika, wypada

zaznaczyć, że schorzenie to zalicza się zwykle do niezbyt ciężkich zakażeń ustroju ludzkiego. Tem niemniej wykazuje ono 6,2% (Kraus, Sklawo) 9,7% (Perrini i Modot) śmiertelności. Cyfra ta wzrasta jednak znacznie, o ile weźmiemy pod uwagę, że śmiertelność dają zazwyczaj tylko przypadki wąglika umiejscowione na głowie. Na naszym oddziale w okresie 1913—1922 roku było leczonych 25 przypadków wąglika, w tem 18-cie głowy. Śmiertelność przytem tylko z liczby tych ostatnich, wyniosła 33,3% (6 zgonów).

Miałem możność zastosowania ol. terebinth. zaledwie w dwóch przypadkach wąglika twarzy. Skąpa ilość doświadczeń nie uprawnia do wniosków, lecz wobec pomyślnych wyników otrzymanych przy zastosowaniu tylko jednorazowej dawki preparatu, zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

Przypadek I. Chora S. A., lat 17, przyjezdna, pochodzi z rodziny zatrudnionej handlem i obrabianiem szczeciny. Tydzień temu chora zauważyła na twarzy nieznaczny wyprysk, który szybko narastając, w ciągu paru dni zmienił się w znaczne owrzodzenie, pokrywające cały lewy policzek. Początkowo stosowano okłady z kwaśnej wody i T-ra jodi zewnętrznie, a następnie, wobec narastania chorobowych objawów, chorą skierowano do Lwowa.

Stan obecny: budowa prawidłowa, odżywienie zadawalające, serce i płuca normalne. Ciepłota 38,8° C. Chora uskarża się na silny ból głowy i bezsenność, znaczne przytępienie słuchu, oraz niemożność widzenia lewem okiem z powodu znacznego obrzęku twarzy.

Rozległy obrzęk obejmuje całą twarz, przeważnie lewy policzek, czoło, zasłaniając zupełnie lewe oko, przednią część szyji i przechodzi na górną część klatki piersiowej, poniżej obojczyków. Cała twarz silnie zdeformowana. Na lewym policzku znaczna zgorzel o brzegach nieco wzniesionych i pokrytych pęcherzykami.

Gruczoły powiększone i bolesne.

Badania bakterjologiczne i hodowla wykazują obecność swoistego laseczników. Chora dostaje śródmięśniowo 0,5 Ol. terebinth. 15%-wej, miejscowo okłady z ciepłej wody. Wieczorem ciepłota 39,8° C.

Dnia następnego ciepłota 37·4—37·5° C. W nocy silne poty, pozatem chora spała spokojnie. Samopoczucie dobre, ból głowy ustąpił. Miejsce zastrzyku lekko bolesne. Obrzęk znacznie się zmniejszył i chora z trudem otwiera oczy; słuch wraca.

Po upływie 4 dni zgorzelinowa masa na policzku całkiem się oddzieliła; obrzęk znikł prawie zupełnie. Chora widzi i słyszy normalnie, czuje się całkiem dobrze i przy normalnej od trzech dni ciepłocie opuszcza szpital.

Przypadek drugi miał przebieg podobny, tylko mniej ostry. W obu, po zastosowaniu Ol. terebinth., nastąpiło szybkie i bezwzględne wyzdrowienie.

---

Dr. Witold KLEPACKI, asyst. Zakładu anat. pat. Kraków.

## O odosobnionej skrobiawicy serca i stosunku skrobiawicy wieloogniskowej do jednoogniskowej.

(Z Zakładu anatomji patologicznej U. J. pod kierunkiem Prof. Dr Ciechanowskiego.)

Sprawa zmiany skrobiowatej *(amyloidosis)* należy dotychczas do zagadnień pod wielu względami niejasnych. Dotyczas np. nie rozstrzygnięto stanowczo, czy sprawa jest w ścisłem tego słowa znaczeniu zwyrodnieniem czy nacieczeniem, nie znamy dokładnie szczegółów przebiegu samego zwyrodnienia czy nacieczenia, ani składu chemicznego substancji skrobiowatej. Nie ulega wątpliwości, że nie jest to substancja chemicznie jednolita, co wynika chociażby z tego, że odczyny mikrochemiczne nie we wszystkich przypadkach wypadają jednakowo.

Skrobiawica jest zazwyczaj cierpieniem ogólnem, obejmującem głównie i najczęściej śledzionę, nerki, wątrobę, nadnercza, trzustkę, przewód pokarmowy, gruczoły limfatyczne, serce itd. Obok tego jednak spostrzegano przypadki, dość nawet liczne, odosobnionej, jednoogniskowej zmiany skrobiowatej, głównie w obrębie przewodu oddechowego oraz spojówki gałki ocznej. Te miejscowe zmiany oddzielają niektórzy autorowie ściśle od skrobiawicy ogólnej; przyczyną takich zmian miejscowych mają być poprzednie schorzenia dotkniętych nią tkanek, które przygotowują niejako tkankę do zmiany skrobiowatej. W etjologji skrobiawicy ogólnej kładą autorowie nacisk raczej na czynniki ogólnie na cały ustrój działające. W każdym razie stosunek skrobiawicy ogólnej do przypadków miejscowych, odosobnionych zmian skrobiowatych, również nie jest dokładnie określony.

Do wyjaśnienia niektórych zagadnień, dotyczących skrobiawicy, mogą przyczynić się przypadki tej zmiany, odbiegające od pospolitych jej typów.

Przypadek taki spostrzegałem w Zakładzie anatomji patol. Uniw. Jagiel. w r. z. Dotyczył on 56-letniego mężczyzny S. P., bez zajęcia, (zmarłego na II klinice chorób wewn. U. J., oddziale I. A. Szpitala św. Łazarza), a sekcjonowanego 12. IV. 1923. (L. sekcji 225).

Klinicznie rozpoznawano w tym przypadku stwardnienie tętnic i niedomogę mięśnia sercowego *(myocarditis chronica)*. Ze szczegółów klinicznych, które zawdzięczam kol. Dr. Biernackiemu, asystentowi tej kliniki, zasługuje na uwagę ten, że chory podawał w wywiadach kiłę, przebytą w 19 roku życia i leczoną na oddz V. szpitala św. Łazarza. Pozatem nigdy nie chorował. Do szpitala zgłosił się z powodu ogólnego osłabienia i obrzęków kończyn dolnych aż po kolana. Na oddziale stwierdzono powiększenie wątroby, obrzęki na kończynach dolnych, oraz przesięki w jamach surowiczych ciała, jako wyraz niedomogi serca. Kliniczne badanie serca stwierdziło jego rozszerzenie, tony głuche, ciche; II ton nad tętnicą główną zaakcentowany, dźwięczny. Tętno dość miarowe, dobrze napięte, równe.

Wynik sekcji był następujący:

*Amyloidosis cordis. Dilatatio cordis totius. Induratio cyanotica lienis et renum, hepar moschatum, hyperaemia passiva intestinorum, hydrothorax praecipue dexter ss. atelectasi pulmonis sinistri e compressione. Hydropericardium, ascites, anasarca. Synechiae pleurales circumscriptae praecipue in partibus praevertebralibus. Arteriosclerosis arteriarum coronariarum cordis et aortae levioris gradus. Sugillatio tegminum capitis in regione parietali dextra.*

Z protokołu sekcji przytaczam tylko szczegóły godne uwagi: we wszystkich jamach surowiczych i w tkance podskórnej kończyn dolnych znajduje się obfita ciecz przeźroczysta, żółtawa. Kości czaszki grube. Niema wygładzenia podstawy języka ani skrócenia fałdu językowo-nagłośniowego. Osierdzie, nasierdzie i tkanka podnasierdziowa bez zmian. Wymiary serca: szerokość 13.5, długość 14, grubość 9·5 cm. Przy ujęciu serca w rękę, jeszcze nierozkrojonego, odbiera się wrażenie niezwykłej, nadmiernej sztywności mięśnia.

Ściany przedsionków po otwarciu serca nie zapadają się. Przy przekrawaniu ściany komory lewej odnosi się wrażenie takie, jak przy rozkrawaniu śledziony zmienionej skrobiowato. Wrażenie to potęguje się po obejrzeniu powierzchni przekroju ściany serca. Jest ona zupełnie jednostajna, szklista, różowo-czerwona, słoninowata, o przyćmionym połysku, na brzegach prześwieca.

Ten obraz w mięśniu był tak szczególny, że odrazu przy sekcji nasuwał uporczywie przypuszczenie zmian skrobiowatych.

Tak komory, jak i przedsionki serca, rozszerzone, prawe znaczniej od lewych. Grubość ściany komory lewej 23 mm, prawej 10 mm. Płaty wszystkich zastawek prawidłowego kształtu i wielkości, cienkie, gładkie, lśniące; nitki ścięgniste w obu komorach cienkie, równe, mięśnie brodawkowe i beleczki mięsne w obu komorach grube, ale nieco spłaszczone. Wsierdzie ścienne wszędzie gładkie, lśniące, grubości prawidłowej. W tętnicy głównej tylko ponad zastawkami kilka drobnych nacieków miażdżycowych, wszędzie indziej błona wewnętrzna gładka, cienka. Tętnice wieńcowe serca po przecięciu poprzecznem zieją, ściany ich dość jednostajnie zgrubiałe; wejście do tych tętnic niezwężone. W innych tętnicach również tylko bardzo nie-

znaczne zgrubienie ścian. Śledziona nieznacznie powiększona; torebka jej cienka, lekko pomarszczona, miąższ ciemnowiśniowy, przekrwiony, dość twardy, o przekroju gładkim; grudki niewidoczne.

Nadnercza niepowiększone, twardsze, kora miejscami różowa, wszędzie indziej wybitnie żółta; substancja rdzenna wygląda prawidłowo. Nerki prawidłowego kształtu, nieznacznie pomniejszone; torebka ich cienka, daje się łatwo oddzielić; powierzchnia gładka, sinawa; kora nie rozszerzona, o rysunku dość wyraźnym, sinawa; substancja rdzenna wyraźnie odgraniczona od korowej, sinawa. Wogóle miąższ nerek przekrwiony, twardszy. Wątroba prawidłowego kształtu, torebka jej cienka, lśniąca; powierzchnia dość jednostajnie drobnoziarnista; na przekroju obraz podobny do gałki muszkatułowej; miąższ twardszy.

Wycinki z poszczególnych narządów badałem zwykłemi sposobami (odczyny substancji skrobiowatej, hematoksylina i eozyna, sposób Van Giesona).

W ścianie serca znalazłem zmiany w naczyniach tak tętniczych jak i żylnych, przeważnie jednak w pierwszych, przyczem warstwa środkowa tętnic uległa najwybitniej zmianie. W obrębie jej znajdują się nieregularne, bezpostaciowe grudki substancji skrobiowatej, a w niektórych tętnicach, poprzecznie przeciętych, przedstawia się zmiana warstwy środkowej w postaci rurek kolistych, zupełnie zamkniętych, przyczem pierwotna budowa zupełnie się zatarła. Na przekrojach podłużnych widać wyraźnie, że zmiana dotyczy często dość długich odcinków naczynia. W obrębie warstwy zewnętrznej naczyń można dostrzec grudki substancji skrobiowatej, często się zlewające ze zmienioną warstwą środkową. Śródbłonek naczyniowy zmian nie przedstawiał. Daleko jednak głębszym zmianom uległa tkanka łączna około-naczyniowa i między beleczkami mięśnia. Zajmowała ona więcej miejsca niż prawidłowo. Pomiędzy bowiem niezmienionemi włóknami łącznotkankowemi znajdowały się grudki, pasemka, ziarna, o zarysach najczęściej nierównych, bezpostaciowe, które po zastosowaniu odpowiednich sposobów barwienia okazały się grudkami skrobiowatemi. Najznaczniejsze były zmiany wśród warstw mięsnych bliżej wsierdzia. Grudki substancji skrobiowatej były tu większe, w wielu miejscach zlewały się w rozległe, jednostajne pokłady, otaczające włókna mięsne. Te włókna były w tych miejscach jakby obmurowane substancją skrobiowatą i przez nią od siebie porozsuwane, były też smuklejsze o prążkowaniu gdzieniegdzie lekko zatartem, jądrach mniejszych, ciemniej się barwiących. Na przekrojach poprzecznych jeszcze wybitniej widać zeszczuplenie włókien mięsnych; gdzieniegdzie są one już bardzo zcieńczałe, a nawet odnosi się wrażenie, że w niektórych miejscach zupełnie zanikły. Nawet jednak znacznie zcieńczałe włókna mają przekrój poprzeczny okrągły i nigdzie nie widziałem wciskania się substancji skrobiowatej we włókna mięsne, ani grudek jej wśród włókna, wbrew temu, co opisywali dawni badacze (V i r c h o w, K y b e r, H a y e m, D u g u e t), a zgodnie z tem, co utrzymywał już H e s c h l (1876) i wszyscy nowsi autorowie, przyjmujący, że włókna mięsne w sercu tylko zanikają, a nigdy nie wyrodnieją skrobiowato. Zanik ten, sądząc z mojego przypadku, dotyczy beleczek mięsnych jako całości. Nie mogłem nigdzie wyszukać obrazów, któreby przemawiały za zapatrywaniem B e n e k e g o i B ö n n i n g a, że beleczki mięsne ulegają najpierw rozszczepieniu (*Aufsplitterung*) na włókienka pierwotne (*Primitivfibrillen*) przez substancję skrobiowatą, a potem dopiero następuje zanik.

Samo wsierdzie zmian nie przedstawiało, mimo, że wedle spostrzeżeń niektórych autorów (E b e r t h, B e n e k e, B ö n n i n g, H a n n) zmiany skrobiowate w postaci rozlanych zgrubień lub guzków szklistych nie są tu rzadkie. W naczyniach nasierdzia były zmiany podobne, jak w naczyniach leżących w obrębie mięśnia sercowego. W innych narządach zmian nie znaleziono.

W obrazie sekcyjnym naszego przypadku zwracają uwagę bardzo charakterystyczne makroskopowe cechy mięśnia sercowego. Cechy takie można uznać niewątpliwie za wystarczającą podstawę do rozpoznania zmiany skrobiowatej serca, nawet przed badaniem drobnowidowem; jednakże zdarzają się one w tym stopniu i tej wyrazistości bardzo rzadko, jak i sam przekonać się mogłem na szeregu przypadków skrobiawicy ogólnej z zajęciem serca. Dlatego sprzeciwić się muszę określeniu T s u n o d y, że zmiany skrobiowate serca „n i e z a w s z e" dają się rozpoznać makroskopowo; należałoby raczej powiedzieć, że dają się one makroskopowo rozpoznać tylko w y j ą t k o w o.

Tak znaczne zmiany serca, jak w naszym przypadku, nie tylko musiały wyrazić się za życia ciężkiemi objawami niedomogi mięśniowej serca, ale należy je też uważać za bezpośrednią przyczynę zejścia śmiertelnego. Niemniej nie ulega wątpliwości, że z zaburzeń czynności serca, nawet w toku rozpoznanej klinicznie skrobiawicy ogólnej, nie można wcale wysnuwać k l i n i c z n i e wniosku, że i serce zmianom skrobiowatym uległo; tem bardziej nie możnaby było przypuszczać ich w takich, jak nasz, przypadkach, w których nie było klinicznie żadnych podstaw do rozpoznania skrobiawicy innych narządów, a nawet autopsja ich nie wykryła.

Co do etjologji przypadek nasz jest niejasny. Wprawdzie w wywiadach podawał chory przebycie kiły, ale ani za życia (próba Wassermanna), ani przy sekcji nie stwierdzono niczego, coby wskazywać mogło na kiłowe tło skrobiawicy lub wogóle nosiło cechy zmian kiłowych albo pokiłowych.

Z badań zmian skrobiowatych serca starało się wielu autorów dojść do rozstrzygnięcia, w jaki sposób rozwija się zmiana skrobiowata w tkance łącznej; mianowicie, czy przez przeobrażenie (zwyrodnienie) skrobiowate samychże włókien klejodajnych (a może i sprężystych), czy też przez osadzenie się substancji skrobiowatej na tych włóknach lub obok nich z następowym zanikiem włókien. Pytania tego nie można dotąd uważać za ostatecznie rozstrzygnięte, pomimo opisów E b e r t h a (1880), który, przyjmując istnienie błonki granicznej (*Grenzsaum*) w łącznotkankowej omięsnej wewnętrznej, utrzymuje, że właśnie najpierw sama ta błonka ulega przeobrażeniu skrobiowatemu, ani pomimo późniejszych badań H u e b s c h m a n n a (1906), który podaje, że widywał w sercu włókna tkanki łącznej, barwiące się w jednej swej części zwyczajnie, a w drugiej dające już odczyn barwny substancji skrobiowatej. Starając się sprawdzić te spostrzeżenia, nie natrafiłem nigdzie na takie obrazy, jakie opisuje Huebschmann. Co się zaś tyczy opisów Ebertha, to zdaje mi się, że stwierdzone przez niego obrączki substancji skrobiowatej, ściśle otaczające włókno mięsne i znajdujące się przeto w miejscu owej warstewki granicznej, nie pozwalają jeszcze wnosić, czy powstały przez przeobrażenie tej warstewki, czy też powstały między nią a mięśniem.

Trudno zrozumieć, dlaczego z jakąś predylekcją brano dotąd tak często serce za materjał do rozstrzygnięcia tych zagadnień. Zdaje mi się bowiem, że budowa serca nie jest dla takich poszukiwań korzystniejsza od innych narządów, a nawet wogóle serce nie jest stosownym narządem do badań w tym kierunku.

Możnaby raczej już zrozumieć, gdyby skrobiawicę serca próbowano zużytkować dla oświetlenia stosunku zmian skrobiowatych do zmian szklistych.

Wiadomo, że jedyną różnicą substancji skrobiowatej od substancji szklistych (*hyaliny*), spotykanych w tkance łącznej, jest odczyn barwny. Jeśli on zniknie np. pod działaniem formaliny (co czasem zdarza się już po kilkunastu godzinach), to przy takiem samem usadowieniu nie można już obu tych zmian od siebie odróżnić. Toteż już L i t t e n, stwierdziwszy znikanie odczynu w nerce skrobiowatej wszytej w jamę brzuszną różnych zwierząt, doszedł był do wniosku, że substancja szklista jest niejako niższą formą substancji skrobiowatej, a potem większość badaczy przyjmowała, że zmiana szklista może być wstępem do zmiany skrobiowatej przez przyłączenie się do hyaliny nowego składnika, dającego odczyny barwne. Przeciw tej hypotezie przemawia jednak ta okoliczność, że gdyby rzeczywiście tak było, to dlaczego nie trafiono dotychczas na ogólne zmiany szkliste

z takiem usadowieniem, jakie miewa ogólna skrobiawica, innemi słowy, dlaczego nie spostrzegano dotąd nigdy „wstępnego" okresu przedskrobiawiczego w postaci ogólnej *«hyalinosis«*?

Chcąc hypotezę tę utrzymać, wypadałoby chyba przyjąć za Wildem, że zwyrodnienie szkliste następuje szybko, że tak niezmiernie szybko przejść może w zmiany skrobiowate, iż tego wstępnego okresu w naszych warunkach badania uchwycić nie można. Pominąwszy już wielką sztuczność takiego tłumaczenia, to prawie wprost przeciw niemu przemawiają właśnie przypadki skrobiawicy serca.

W żadnej pracy o skrobiawicy serca nie znalazłem wzmianki o tem, żeby gdziekolwiek w ścianie serca obok zmian skrobiowatych spostrzeżono hyalinę; w naszym przypadku również nic podobnego nie znalazłem. Oczywiście nie wyklucza to ani pokrewieństwa obu tych substancji, ani też nie sprzeciwia się przyjęciu, że wśród składników substancji skrobiowatych znajdują się i takie, które nazywamy hyalinami; ale zdaje mi się, że dotąd niema stanowczego dowodu, aby zwyrodnienie szkliste mogło poprzedzać skrobiowate i w nie przechodzić, a w każdym razie niema żadnych podstaw, by to przypuszczać co do serca.

Natomiast sądzę, że skrobiawica serca, i to szczególnie nasz przypadek, stawia stosunek skrobiawicy ogólnej do skrobiawicy miejscowej w innem, niż dotąd, świetle.

Skrobiawica serca jest znana oddawna*), jako zjawisko niezbyt rzadkie, ale tworzące część skrobiawicy ogólnej, t. j. występujące razem ze skrobiawicą innych narządów, najczęściej tą sprawą dotkniętych, jak nerek, śledziony, wątroby, nadnerczy itp. Nawet przypadki do naszego zbliżone, których dotychczas opisano tylko cztery, uderzały wprawdzie tem, że zmiany skrobiowate były najznaczniejsze w sercu, ale jednak w każdym z nich były także zmiany w innych narządach, (aczkolwiek z osobliwem i niezwykłem usadowieniem). I tak w przypadku Steinhausa nie było wprawdzie skrobiawicy wątroby, śledziony i nerek, ale obok skrobiawicy serca, rozpoznawalnej gołem okiem (mięsień zgrubiały, sztywny, powierzchnia jego przekroju jednostajnie szklista, szarawobiała), były zmiany skrobiowate żołądka i jelit. W przypadku Wilda, obok silnie wyrażonej skrobiawicy serca, stwierdzono również zmiany skrobiowate w ścianie pęcherza moczowego, przewodu pokarmowego, w otrzewnej, płucach i języku. W trzecim przypadku, bardzo szczegółowo opisanym przez Benekego i Bönninga, już gołem okiem widać było wśród mięśnia sercowego liczne bardzo ziarna szkliste, ostro odgraniczone od otoczenia, które mikroskopowo okazały się masami skrobiowatemi. Obok tych zmian były zmiany skrobiowate w płucach i dużych żyłach. Wreszcie i w czwartem ze znanych dotychczas spostrzeżeń, opisanem przez Landaua, w którem zmiany skrobiowate serca były bardzo wybitne, inne narządy nie były zupełnie wolne od zmian.

Zupełnie odmienne, zarówno od przypadków skrobiawicy ogólnej, tj. wielonarządowej z zajęciem lub bez zajęcia serca, jak i od owych czterech przypadków wybitnych zmian w sercu z małemi zmianami w innych narządach, wydawały się dotąd przypadki „guzów" skrobiowatych, stanowiących jedyne ognisko tej zmiany w ustroju [jak liczne już w piśmiennictwie spostrzeżenia takich guzów w spojówce i drogach oddechowych — których dla oszczędności miejsca nie przytaczam — oraz nieliczne spostrzeżenia guzów skrobiowatych osobliwie usadowionych (Herxheimer i Reinhardt — w cewce moczowej, Meyer — w płucach i opłucnej, Beckert w żołądku].

Prócz jednoogniskowości uderzała tu zasadnicza napozór różnica siedziby sprawy. Toteż obie te grupy zmian skrobiowatych coraz bardziej oddzielano. Z nowszych autorów, o ile mi wiadomo, jedynie tylko Herxheimer i Reinhardt (1913), opisując swój przypadek guza skrobiowatego cewki moczowej, wyrazili zdanie, że zmian ogólnych skrobiowatych nie można ściśle oddzielać od zmian jednoogniskowych, bo pomost między jednemi a drugiemi stanowią przypadki z mnogą, ale niezwykłą siedzibą, jak np. Huetera (zmiany w jelitach, mięśniach klatki piersiowej i stawie barkowym bez zmian w wątrobie, nerkach i śledzionie), Kschischo (w płucach, obok zmian w innych narządach) lub niedawno opisany Eioffey'a (w krezce, około trzustki w torebce tłuszczowej nerek), jak wreszcie cztery wspomniane przypadki znacznej skrobiawicy serca obok małych zmian w płucach, żołądku itd.

Ale w tym pomoście brakło jeszcze jednego ogniwa, przypadku zmiany, któraby zajmowała jeden tylko narząd z liczby tych, które bywają zajęte łącznie z innemi w przypadkach kilkonarządowej, niezwykłej lokalizacji. Zdaje mi się, że nasz przypadek lukę tę ostatecznie zapełnia i przez to znacznie wzmacnia zapatrywanie Herxheimera i Reinhardta.

Możnaby stąd wnosić, że i podstawy powstawania zmiany skrobiowatej są jednakowe tak w skrobiawicy wielonarządowej, jak i w przypadkach odosobnionych guzów skrobiowatych. Ostatecznego wyjaśnienia tych podstaw nie można, jak sądzę, oczekiwać od samych badań morfologicznych, lecz raczej od chemicznych, idących w tym kierunku, jak badania Leupolda lub najnowsze Kuczyńskiego. Ale z drugiej strony, przypadki takie, jak nasz, nie osłabiając zapatrywania, że jednym z czynników w powstawaniu zmiany skrobiowatej musi być zaburzenie w ogólnej przemianie materji, jak np. przyjmowane przez Kuczyńskiego przeładowanie krwi substancjami, ulegającemi później z konieczności rozszczepieniu (*abbaubedürftiges Material*), ostrzegają, że miejscowe stany tkanki są conajmniej równie ważnym czynnikiem i że bez dokładnego zbadania tych stanów zagadnienie nie może być rozwiązane.

Oczywiście zupełnie niewystarczające są takie przypuszczenia jak Benekego, i Bönninga (1908), że usadowienie się substancji skrobiowatej naokoło beleczek mięsnych serca pozostaje w związku z nieprzepuszczalnością domniemanej lipoidowej ich osłonki; przypuszczenie, oparte na tem, że w przypadku swoim stwierdzili ci autorowie zwiększenie się barwików lipoidowych (*Lipoidpigmente*) w mięśniu sercowym. Wszak już wcześniej (1906) stwierdził Huebschmann, że w sercach skrobiowato zmienionych zwykle nie spotyka się takiego zwiększenia barwików lipoidowych; zresztą hypoteza Benekego i Bönninga nie dałaby się zastosować do bardzo wielu narządów, w których zdarzają się zmiany skrobiowate, a barwików lipoidowych niema.

Wnioski: 1) Zmiany skrobiowate serca mogą rozwijać się na rozmaitem tle etjologicznem lub bez wykazalnego tła, bądź równocześnie ze skrobiawicą ogólną, o zwykłem lub niezwykłem usadowieniu, bądź — wyjątkowo — jako sprawa odosobniona (jednonarządowa).

2) Wysokie stopnie tej zmiany mogą wywołać klinicznie objawy ciężkiej niedomogi serca i stać się przyczyną zejścia śmiertelnego. Objawy te nie dają jednak podstawy do klinicznego rozpoznania zmian skrobiowatych serca, nawet w tych przypadkach, gdzie w innych narządach przyjąć można klinicznie skrobiawicę.

3) Wyjątkowo wysokie stopnie zmian skrobiowatych serca można rozpoznać makroskopowo po sztywności, zgrubieniu, przeświecaniu szklistem i przyćmionym połysku mięśnia sercowego. Zazwyczaj jednak zmiany serca nie dochodzą takiego stopnia, aby je można napewno rozpoznać bez pomocy mikroskopu.

4) Zmiany skrobiowate serca dotyczą tylko podścieliska łącznotkankowego i naczyń; beleczki mięsne ulegają zanikowi.

5) Zmiany skrobiowate serca nie nadają się do rozstrzygnięcia pytania, czy włókna tkanki łącznej same ulegają przeobrażeniu skrobiowatemu, czy też substancja skrobiowata tylko gromadzi się między niemi.

6) Rozdzielanie skrobiawicy ogólnej od zmian skrobio-

*) Przypadek skrobiawicy serca rozpoznawalny gołem okiem, widział napewno, sądząc z opisu, już Rokitansky, zanim jeszcze rozróżniano substancję skrobiowatą jako coś odrębnego tj. zanim wykryto jej odczyny. Już zaś jako zmianę skrobiowatą opisał takie przypadki Virchow w r. 1867.

watych jednonarządowych jednoogniskowych nie jest naukowo uzasadnione.

7) Przyczyna różnic w usadowieniu się zmiany skrobiowatej jest nieznana. Jednakże różnice te wskazują, że w powstawaniu zmiany skrobiowatej ma stan tkanki znaczenie równoważne z ogólnemi zaburzeniami przemiany materji. Żadne z dotąd podawanych tłumaczeń nie wyjaśnia dostatecznie, na czem ten stan tkanki polega i dlatego konieczne są w tym kierunku dalsze badania.

**Piśmiennictwo.**

Askanazy: Z.(ieglers) B(eitrage) 1923. — B 71. Beneke: i Bönning Z B 1908. 44. — Beckert: F(rankfurter) Z(eitschrift) f. Path. 1917. 20. — Eberth: V(irchow's) A(rchiv) 1880. 80. — Eioffey: Schweiz med. Woch 19 2. 8. (Centr. f. Path. 3?) — Herxheimer i Reinhardt: Berl. klin. Woch. 1914. 36. (ibid. 25). — Huebschmann: V. A. 1906. 187. — Hueter: Z. B. 1910. 49 — Kschischo: V. A. 1912. 209. — Kuczyński: Klin. Woch. 1923. 16 i 48. — Landau: XVII. Tag. d path. Ges. 1914. (Centr. f. Path 25) — Leupold: Z B. 1918. 64. — Meyer: F. Z. 1911. 8, i Berl. klin. Woch 1920. 35. — Steinhaus: Zeitsch. f. kl. Med. 1902. — Tsunoda: V. A. 1910. 202. — Wichmann: Z. B. 1893. 13. — Wild: Z. B. 1886. I.

---

Dr. B. KARBOWSKI. Warszawa.

## O doświadczalnie wywołanem ostrem podrażnieniu błędnika i towarzyszących mu objawach nerwowych*).

Ostatnio zwrócono mi uwagę na prace de Kleina i Magnusa (Arch. f Ophth. Bd. 96 3.4 — 1918. r.), z których wynika, że u kotów włókna współczulne ze zwoju górnego szyjnego biegną wzdłuż tętnicy szyjnej wewnętrznej i dostają się do ucha środkowego. Autorzy ci, zapomocą oziębiania ucha środkowego wodą o 4° C. spostrzegali oprócz objawów błędnikowych, wysuwanie się błony mrużnej i jako objaw niestały — zwężenie źrenicy po stronie równobocznej. Objawy te są przejściowe.

Metzner i Wolflin (Arch. f. Ohpt.) stwierdzili, że samo otwarcie puszki sutkowej u królików, bez otwarcia ucha środkowego, nie wywołuje zmian w źrenicach, skąd wynika, że splot współczulny, przebiegający poza uchem środkowem, nie zawiera włókien, rozszerzających źrenicę. Jeżeli natomiast otworzyć ucho środkowe i wyskrobać zawartość jego, to oprócz objawów naczyniowo-ruchowych, które są przejściowe, występuje zwężenie źrenicy po stronie równobocznej. Zwężenie źrenic później nieco słabnie, ale nie ustępuje.

Podkreślić należy, że zniszczenie zwoju górnego współczulnego wywołuje długo trwające rozszerzenie naczyń, po zniszczeniu zaś włókien w uchu środkowem mamy chwilowy skurcz naczyń, poczem wracają one do stanu normalnego.

W przypadkach, w których po zniszczeniu ucha środkowego, wyłuszczamy zwój górny, zwęża się źrenica jeszcze bardziej. Jeżeli zaś wyłuszczamy zwój górny współczulny, a potem dokonywujemy wyskrobania ucha środkowego, zwężenie źrenicy nie zmienia się.

Niezbędne są badania, aby wykazać, czy rzeczywiście u zwierząt nie wszystkie włókna rozszerzające źrenice przechodzą przez ucho środkowe, albowiem niema pewności, czy wszystkie włókna są zniszczone.

Doświadczenia powyższe przemawiają za tem, że w moich własnych doświadczeniach zmiany we włóknach współczulnych, przez ucho środkowe królików, przebiegających wywołały częściowo zespół Claude Hornera. Rola układu przywspółczulnego jest mniejsza, niż pierwotnie przypuszczałem.

## Z praktyki.

A. LANDAU, M. TEMKINÓWNA i M. FEJGIN. Warszawa.

## Dalsze spostrzeżenia nad doustnem stosowaniem bizmutu w ostrem zatruciu rtęcią.

Z I-go oddziału wewn. Szpitala Wolskiego. Ordynator Dr. A. Landau.

Od czasu pierwszego doniesienia (dr. Lewenstein P. G. Lek. 1923. Nr. 3) o nowym sposobie postępowania w przypadkach ostrego zatrucia solami rtęci, stosowanym na naszym oddziale już 1½ roku, zdołaliśmy zebrać jeszcze 10 podobnych spostrzeżeń, które pozwalają nam już na wyprowadzenie pewnych ogólniejszych wniosków i na dokładniejszą krytyczną ocenę tej bądź co bądź nowej metody. Wiadomą jest rzeczą, jak ciężki przebieg mają schorzenia, wywołane przez zatrucie rtęcią, zażywaną w celach samobójczych w postaci bądź sublimatu, bądź też, co się rzadziej zdarza, oksycjanku rtęci. Jako nader łatwo rozpuszczalny i szybko ulegający wchłanianiu, sublimat, nawet pomimo b. szybkiej interwencji lekarskiej przedostaje się zwykle w dostatecznej ilości do ustroju i wywołuje dobrze znane obrazy, w których bezpośrednio żrące działanie tego związku na śluzówkę jamy ustnej i żołądka łączy się z późniejszym niszczącym wpływem na jamę ustną, jelito grube i nerki — jako punkty wydalania rtęci z ustroju, oraz na mięsień sercowy i cały układ krążenia.

Odpowiednią do ciężkich zmian anatomicznych jest znaczna śmiertelność przypadków ostrego zatrucia rtęcią. Nie znaleźliśmy wprawdzie nigdzie ścisłych danych statystycznych, dotyczących tej sprawy, jednak wszyscy autorowie uważają tu rokowanie za niezwykle poważne.

Nasze przypadki nie przedstawiają się bynajmniej tak beznadziejnie. Na 11 ogółem przypadków zatrucia, 3 zakończyły się śmiertelnie. Jeżeli wyłączymy z tych trzech jeden, który przybył na oddział w 5 dni po wypiciu roztworu oksycjanku rtęci, i w którym leczenie właściwe rozpoczęte być mogło na 6-ty dzień, kiedy rtęć zdołała wywołać już nieodwracalne zmiany w ustroju, to otrzymamy na 10 wczesnych przypadków — 2 zejścia śmiertelne, czyli 20%. W obu przypadkach śmiertelnych mieliśmy do czynienia z ciężkiem zatruciem, albowiem od chwili przybycia chorych na oddział trwał stan prawie zupełnego bezmoczu, wywołanego bezpośredniem gwałtownem zadziałaniem rtęci na miąższ nerkowy.

Płukanie żołądka, podawanie środków wymiotnych i t. p., tj. pierwszą pomoc zwykle chorzy już otrzymywali zanim przybywali na oddział; leczenie zawsze polegało na podawaniu doustnem podsaletrzanu i węglanu bizmutowego aa 0.75, 4 razy dziennie, przyczem w razie potrzeby dzienną dawkę powiększano do 8 i do 9 gr., prócz tego stosowano od pierwszego dnia u wszystkich chorych koce, płukanie ust, oraz w miarę potrzeby zastrzykiwano kamforę pod skórę, 20—25% roztwór glukozy dożylnie w ilości 20—200 cm. sz., adrenalinę w ilości 0·25 dożylnie lub 0.5 domięśniowo (roztworu 1 : 1000), robiono upusty krwi — jednem słowem uciekano się do całego arsenału leczniczego, zdolnego podtrzymać słabnące narządy krążenia, pobudzić czynność wydzielniczą nerek i uwolnić ustrój od nadmiaru produktów toksycznych, zatrzymanych wskutek niedomogi nerkowej.

Oto dla przykładu przebieg jednego z cięższych przypadków zatrucia sublimatem, leczonego wyżej wspomnianym sposobem.

Mężczyzna, lat 34, 8/II r. b. połknął 5 pastylek sublimatu Wkrótce potem dostał wymiotów (z domieszką krwi), po 4 godzinach miał płukany żołądek, poczem przybył na oddział. W wywiadach podaje zapalenie nerek, przebyte w 1920 r. Następnego dnia po przybyciu badanie przedmiotowe wykazało co następuje: dziąsła mocno rozpulchnione i przekrwione, łuki gardłowe przekrwione, złuszczenia nabłonka na bł. śluzowej policzków i tylnej ścianie gardła, w płucach rozsiane świsty; bolesność przy ucisku w okolicy pod wyrostkiem mieczykowatym; wątroba i śledziona — niemacalne. Dobowa ilość moczu 800 cm³, cg. 1015, białka 1‰, w osadzie liczne nabłonki małe, okrągłe, pojedyncze wałeczki ziarniste i krwinki. Mocznika w surowicy 0.24‰. Chory otrzymuje koce, zwykłą (6 gr.) dawkę bizmutu na dobę, kamforę pod skórę. W ciągu następnych 4 dni samopoczucie dość dobre, zmiany w jamie ustnej trwają — przy obfitym ślinotoku; dobowa ilość moczu wynosi 400 cm³, zawartość białka 1‰. 5-go dnia stan ogólny znacznie gorszy, okolice nerkowe bolesne na wstrząs, moczu 540 cm³ na dobę, cg. 1007, białka 0.4‰, mocznika w surowicy 1.3‰, zjawiły się wymioty oraz stolce wolne z parciem i bolesnością całego brzucha. Choremu zwiększono ilość bizmutu (*Bi. carbon. Bi. subnitr. aa*) do 8 gr. na dobę. Rozwolnienie natychmiast ustało, a wobec bardzo uporczywych wymiotów wodę wprowadzaliśmy per rectum w postaci lawatyw kroplowych z herbaty. W ciągu następnych 6 dni dobowa diureza zwiększa się stopniowo do 1000—1500 cm³, białko 0·1‰, jednak mocznik w surowicy 2·4‰. Na 12-ty dzień tętno pogarsza się znacznie.

*) Uzupełnienie pracy ogł. w Numerze 12 — 13. P. G. L. z r. bież.

staje się drobne, ledwo macalne. Jednak duże dawki kamfory podskórnie, pozwalają przetrzymać krytyczne chwile osłabienia układu krążenia. I oto na 16-ty dzień następuje wyraźna poprawa: obrzęk dziąseł i zapalenie śluzówki jamy ustnej minęło, wypróżnienia normalne, tętno 78 nieźle wypełnione, moczu 2500 cm$^3$ na dobę c. gat. 1010, białka ślad. Na 20-ty dzień wypisuje się zdrów.

W pozostałych przypadkach, wyleczonych — poszczególne objawy występowały w różnym stopniu nasilenia. Naogół zastanawia, (co już podkreślone zostało w doniesieniu Dr. Lewensteina) brak, wzgl. stosunkowo niezwykła łagodność objawów ze strony błon śluzowych jamy ustnej i przewodu żołądkowo-jelitowego, które przecież w tych przypadkach zazwyczaj należą do najbarbardziej przykrych przedmiotowo i niezwykle męczących podmiotowo. Otóż u naszych chorych objawy te częściowo nie występowały wcale, częściowo nieznacznie tylko były zaznaczone; jesteśmy zdania, iż wcześnie zastosowane leczenie bizmutowe zapobiega wystąpieniu tych objawów. Typowego, wrzodziejącego zapalenia śluzówki jamy ustnej z nieznośnym zapachem i bólami, uniemożliwiającemi wprost przyjmowanie pokarmów, nawet płynnych, niewidzieliśmy właściwie ani razu (prócz jednego przypadku o niepomyślnem zejściu, który, jak wspomnieliśmy, przybył na oddział, na 5 ty dzień po zatruciu z rozległem już wrzodziejącem zapaleniem jamy ustnej). Prócz obrzęku, przekrwienia i rozpulchnienia dziąseł i złuszczania nabłonka policzków, o czem wspomnieliśmy już powyżej, spostrzegaliśmy lekkie złuszczenia nabłonka na języku, przekrwienie łuków i gardła, obrzęk dziąseł. Co się tyczy objawów z przewodu żoł.-jelitowego, które jako uporczywe krwawe wymioty, bó e brzucha, bolesne parcie i krwawa biegunka, w ogromnym stopniu przyczyniają się zazwyczaj do ostatecznego wyczerpania tych nieszczęśliwych chorych, to i pod tym względem nasze przypadki znacznie odbiegają od zwykłego obrazu. U chorego R. Z. współcześnie z chwilowem nasileniem objawów ze strony śluzówki jamy ustnej na drugi dzień po przybyciu wystąpiło rozwolnienie — 6 wypróżnień na dobę. Zwiększono wtedy dzienną dawkę bizmutu do 9 gr. — i oto rozwolnienie i zapalenie śluzówki jamy ustnej minęło zupełnie i na 7-my dzień po przybyciu chory opuścił szpital zupełnie zdrów. Podobnie rzecz się miała i w dwóch innych przypadkach; w niektórych zaś przypadkach nie było żadnych objawów żoł.-jelitowych, a u jednego chorego (z. z. 3 pastylki) noto ano z początku jedno wolne wypróżnienie na dobę, a potem stolec zaparty, a przecież białko w moczu w ilości 0.6‰, wałeczki ziarniste, nabłonki nerkowe i krwinki w osadzie oraz przemijające zapalenie dziąseł wyraźnie świadczą o zadziałaniu toksycznem rtęci w ustroju.

Objawy uszkodzenia nerek przez rtęć spostrzegaliśmy natomiast w mniejszym lub większym stopniu we wszystkich naszych przypadkach. Białkomocz o różnem nasileniu (12‰ u chorego B. G. 10‰ w przypadku opisanym przez dra Lewensteina, 4‰, u M. M. 0.1‰, do śladów — u pozostałych) b. szybko naogół przemijał, równolegle poprawiał się obraz mikroskopowy osadu, wzmagała się wydajność dobowa moczu, obniżał się poziom mocznika we krwi, tak że chorzy (i w czasie od 6 do 10—12 dni mogli być wypisani, jako zdrowi.

Ogromne znaczenie dla przebiegu i rokowania posiada w tych przypadkach zachowanie się mięśnia sercowego i wogóle układu krążenia. Guillain i Gardin (*Annales de Médecine T. XI. Nr. 4. 1922 r.*) zwracają uwagę na błędne koło, jakie wytwarza się po zatruciu rtęcią, kiedy bezmocz i azotemja oddziaływują szkodliwie na mięsień sercowy, a osłabienie tego mięśnia z kolei potęguje niedostateczną sprawność wydzielniczą nerek. Nasze spostrzeżenia zdają się w zupełności to potwierdzać, albowiem objawy ze strony narządu krążenia w postaci drobnego tętna, ziębnięcia kończyn, zapaści występowały późno np. u chorego K. G. na 12-y dzień — współcześnie z podniesieniem ilości mocznika we krwi do 2.4‰. U chorej, zatrutej oksycjankiem rtęci i na 5-ty dzień przywiezionej do szpitala w stanie niezwykle ciężkim, stwierdzono w chwili przybycia rozległe owrzodzenia dyfterytyczne na języku, policzkach i łukach gardłowych, rozpulchnienie i przekrwienie dziąseł, stolce częste, wolne, krwawe, w moczu 2‰ białka, w osadzie leukocyty, krwinki czerwone i liczne nabłonki z górnych dróg moczowych i nerek. Mocznika we krwi było 2.4‰, diureza b. mała, około 150 cm$^3$ na dobę; tętno 74 miarowe, niedużego napełnienia i napięcia. I oto w miarę dalszego rozwoju sprawy, stan chorej, wziętej na zwykłą kurację bizmutową, zaczął jakby się nieco poprawiać, przynajmniej pod względem czynności nerek; owrzodzenia na śluzówce jamy ustnej goją się powoli, *fetor ex ore* mniejszy, rozwolnienie minęło (6 dnia po przybyciu); wydajność dobowa moczu, z początku stale utrzymująca się w ilości 130—200 cm$^3$, na 11-ty dzień osiągnęła 600 cm$^3$, ilość białka w moczu zmniejszyła się nieco (1.2‰), obniżyła się zawartość mocznika we krwi do 1.4‰. Natomiast stopniowo rozwijają się objawy coraz cięższego porażenia układu krążenia: tętno 74—84 przyśpiesza się do 114 już na 8-y dzień pobytu i staje się jednocześnie drobniejsze, tony serca głuche, kończyny sine i zimne; następnych dni tętno na obwodzie coraz słabiej jest wyczuwalne, chora staje się niespokojna, dostaje silnych dreszczów i drżenia całego ciała — i pomimo podawania dużych dawek kamfory, adrenaliny, lawatyw cukrowych etc. ginie na 14 ty dzień pobytu w szpitalu wśród wybitnych objawów porażenia serca. Na dzień przed śmiercią notowano w karcie szpitalnej, co następuje: chora bez tętna, na koniuszku serca tony b głuche; kończyny dolne zimne, owrzodzenia na policzkach prawie zniknęły, mocz i kał oddaje pod siebie; lawatyw cukrowych nie zatrzymuje (chora nie godziła się na zastrzyki dożylne). Jednem słowem, w tym przypadku mieliśmy niewątpliwie znaczną poprawę ze strony czynności nerek i stanu błon śluzowych, ale trucizna zbyt znacznie podziałać zdołała na mięsień sercowy i układ naczyniowy — co też doprowadziło chorą do zgonu. Prócz tego późnego jak już zaznaczyliśmy, mieliśmy jeszcze 2 zejścia niepomyślne, w których leczenie zapoczątkowano wprawdzie w kilka godzin po zatruciu, ale w których od samego początku ujawnił się niezwykle uporczywy bezmocz, nieustępujący pomimo stosowania zwykłych dawek bizmutu, koców, codziennych zastrzyków 25% glukozy dożylnie (w ilości około 200 cm$^3$), dużych dawek kamfory i td. W tych 3-ch przypadkach leczenie nasze nie zdołało wpłynąć na samo zejście sprawy chorobowej, jednakże niewątpliwie miało ono ogromny wpływ na przebieg schorzenia.

Przekonywa o tem wynik badania pośmiertnego, które wykazało, że obok zwykłych zmian w nerkach, mięśniu sercowym i wątrobie, których tu opisywać nie będziemy, występują na błonie śluzowej żołądka, częściowo znacznie pomarszczonej, wybroczyny krwawe; podobne wybroczyny na śluzówce jelit cienkich, wybroczyny, względnie wylewy większe w śluzówce jelita grubego, natomiast ani śladu owrzodzeń, nalotów dyfterytycznych i ognisk zgorzelinowych. Widocznie więc zachodzi tu pod wpływem bizmutu to samo, cośmy spostrzegali *in vivo* na śluzówce jamy ustnej: brak tych ciężkich, głęboko obrażających zmian anatomicznych, a co za tem idzie brak, wzgl. znacznie mniejsze nasilenie odpowiednich objawów klinicznych (biegunka, wymioty, ślinotok, *fetor ex ore* etc.).

Reasumując tedy, możemy powiedzieć:

1) Wczesne stosowanie wysokich dawek soli bizmutowych (podsaletrzan i węglan aa), obok zwykłego, objawowego leczenia w ostrem zatruciu rtęcią, daje doskonałe wyniki pod względem łagodzenia objawów klinicznych, wynikających ze zwykłego w tych przypadkach uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej i przewodu żołądkowo-jelitowego; również szybko przemijają objawy uszkodzenia nerek.

2) W 80% przypadków, w których leczenie zapoczątkowane zostało wcześnie (1-go dnia), otrzymaliśmy zupełne wyleczenie.

3) W przypadkach, które wskutek zbyt późnego rozpoczęcia kuracji, lub niezwykle gwałtownego od początku zadziałania trucizny, zakończyły się niepomyślnie, badanie pośmiertne wykazało daleko mniejsze zmiany anatomiczne na błonach śluzowych przewodu pokarmowego, aniżeli to zwykle znajdujemy w analogicznych przypadkach, lecz nieleczonych bizmutem.

**Piśmiennictwo.**

Milian (Bull et Mém. de la Soc. médic. des Hôpitaux de Paris, Nr. 32, 1921) — Guillain et Gardin (Ann. de Médecine 1922) — Lewenstein: (P. Gaz. Lek, 1923. Nr. 3.)

---

Dr. Stanisław MĄCZEWSKI. Lwów.

## „Przypadek porodu trojaczego czasowego".

Z oddziału położniczo-ginekologicznego Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie. Prym. Prof. Dr. Adam Sołowij.

W grudniu ubiegłego roku obserwowaliśmy na oddziale położniczym Szpitala Państwowego we Lwowie przypadek porodu trojaczego czasowego. Jakkolwiek poród trojaczy nie należy do rzadkości, gdyż według statystyki Guzzoni'ego opartej na 50 miljonach przypadków, wydarza się raz na 7013 porodów, to jednak przypadek nasz należy zaliczyć do niezwykłych, gdyż płody były żywe i posiadały wszystkie cechy płodów donoszonych, co przy ciążach wielopłodowych, nawet bliźniaczych, jak doświadczenie uczy, jest rzeczą rzadką.

Przypadek dotyczy wieloródki l. 30, zamężnej po raz drugi, wieśniaczki z okolic Gródka Jagiellońskiego, która zgłosiła się do nas w dniu 30 listopada z. r. jako ciężarna. W wywiadach podaje, iż w dzieciństwie i latach późniejszych żadnych chorób nie przebywała. Obciążenia dziedzicznego w linji męskiej, jak i żeńskiej w kierunku ciąży mnogiej brak. Miesiączki prawidłowe; ostatnia 8 marca. Z pierwszego małżeństwa rodziła 3 razy siłami natury na czasie, dzieci żywe, które jednak w 2 — 3 tygodniu umierały z przyczyn nieznanych. Obecna ciąża z drugiego małżeństwa. W przebiegu jej zauważyła objawy, których poprzednio nie miała: niewspółmierne powiększanie się brzucha, dużo ruchów płodu i obrzmienie kończyn dolnych. Z rozwojem ciąży objawy te

potęgowały się i pod koniec uniemożliwiły jej normalny tryb życia: nie mogła chodzić z powodu nadmiernego ciężaru i silnego obrzęku kończyn dolnych, nie mogła leżeć z powodu duszności. Z temi objawami zgłosiła się do nas z prośbą o poradę.

Badanie przedmiotowe wykazało: wzrost 150 cm, budowa kośćca prawidłowa, odżywienie mierne, sinica, oddechy przyśpieszone, powierzchowne; w pozycji leżącej duszność, tętno 96 miarowe silnie napięte, ciepłota normalna. Na twarzy, obwódkach sutkowych, a w szczególności na powłokach brzusznych nadmierna ilość barwika, kończyny dolne, wargi sromowe i powłoki brzuszne w okolicy wzgórka łonowego silnie obrzękłe. Granice płuc uniesione ku górze, wypuk prawidłowy — przysłuchem w dolnych partjach rzężenia suche. Granice serca powiększone we wszystkich wymiarach, tony głośne. Brzuch silnie powiększony, rozlany na boki; największy obwód 132 cm, odległość od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 67 cm. Powłoki brzuszne napięte i bardzo bolesne. Sutki miernie rozwinięte, miednica prawidłowa. W moczu ślad białka — w osadzie ciałka białe i przybłonki różnego rodzaju. Badaniem zewnętrznem wykazano dno macicy pod łukami żebrowemi. Określenie części przodującej płodu było niemożliwe z powodu napięcia powłok brzusznych, obrzęku i bolesności. Tętno po stronie prawej i lewej na wysokości pępka słabo słyszalne; dużo szmerów macicznych, chełbotanie nieznaczne. Rozpoznano ciążę mnogą i wielowodzie.

Dnia 6 grudnia o godzinie 6 wieczorem wystąpiła czynność porodowa, a o godzinie 2 m. 40 w nocy odeszły wody płodowe. Badaniem wewnętrznem stwierdzono, iż pęcherz pękł przy ujściu zupełnie rozwartem, część płodu przodująca bark. Wykonano obrót na nóżkę i urodzono płód żywy żeński. Po urodzeniu płodu powłoki brzuszne zwiotczały i można było badaniem zewnętrznem stwierdzić w macicy obecność 2 płodów w położeniu poprzecznem. Po wejściu do macicy skonstatowano faktycznie 2 płody w dwu oddzielnych pęcherzach płodowych, w położeniu poprzecznem. Zapomocą obrotu na nóżkę urodzono te płody. 3-ci okres porodowy trwał godzinę; łożysko wydalono zabiegiem Crède'go, macicę z powodu niedowładu wytamponowano.

Urodzono 2 łożyska; pierwsze wagi 1,500 gr, podział na zrazy prawidłowy, braków żadnych. Powierzchnia płodowa tego łożyska podzielona w połowie błonami, składającemi się z dwu kosmówek i 2 owodni. Od środka każdej z połów odchodzi pępowina; naczynia dochodzące do pępowin rozprzestrzeniają się prawidłowo w obu łożyskach. Stosunkami i chronologją porodu odpowiada ono 2 płodom żeńskim. (podwiązywano każdą pępowinę inaczej).

Jest to więc jaje bliźniacze z dwoma kosmówkami 2 owodniami i 2 łożyskami zrośniętemi brzegiem. Drugie łożysko wagi 600 gr. na powierzchni matczynej i płodowej nie wykazywało żadnych zmian. Przebieg naczyń dochodzących do pępowiny, przyczepionej brzeżnie — prawidłowy.

| Płody | I Dziewczynka | II. Dziewczynka | III. Chłopiec |
|---|---|---|---|
| długość | 51 cm | 48 | 46 |
| waga | 3.400 g . | 2.800 | 2.300 |
| duży obwód główki | 35 cm | 33 | 31 |
| mały obwód główki | 32 cm | 31 | 29 |

Matka karmiła pierwszych dwoje dzieci. Rozwijały się one zupełnie prawidłowo. Chłopczyk, jako najmniejszy i potrzebujący fachowej pielęgnacji i racjonalnego odżywiania został przyjęty na klinikę chorób dziecięcych, prof. dr. Fr. Groera.

14. stycznia b. r. matka wraz z trojgiem dzieci opuściła zakład.

Waga dzieci w dniu 14 b. m. wynosiła: I. dziewczynka 4.150, II. dziewczynka — 3.800, III. chłopczyk — 2.700.

Według statystyki naszego zakładu za ostatnich 25 lat na 21.349 porodów mieliśmy 281 bliźniaczych i 3 trojacze; zatem 1 poród bliźniaczy przypada na 76 porodów — 1 trojaczy na 7116.

Dane powyższe, aczkolwiek oparte na szczupłym materjale, przemawiałyby jednak za tem, iż pochodzenie rasowe (Strassmann), a bardziej może warunki klimatyczne, grają wybitną rolę w powstawaniu ciąży wielopłodowej. Myśl taka nasuwa się, porównywując statystyki rozmaitych narodów odnośnie do ciąży mnogiej.

## Przegląd piśmiennictwa.

### Klinische Wochenschrift

Nr. 46.

Pribram. **Proteinoterapja i leczenie chirurgiczne wrzodu żołądka.** Autor stosuje w przypadkach wrzodu żołądka proteinoterapję na tej podstawie, że w wielu przypadkach ciężko gojących się ran i owrzodzeń, zastosowanie miejscowego podrażnienia pobudza tkankę do ziarninowania i odnowy jej (regeneracji). Stosowanie miejscowego podrażnienia we wrzodzie żołądka jest utrudnione; wstrzykiwania proteinowe dają ogólne podrażnienie tkanek, działając przeważnie na ogniska schorzałe. Proteinoterapja wpływa na układ współczulny i błędny, mianowicie: znosi skurcze żołądkowe. Badania autora nad wpływem adrenaliny w tych przypadkach wykazały, że przed zastosowaniem proteinoterapji krzywe ciśnienia i tętna były normalne; po zastosowaniu proteinoterapji adrenalina wpływu nie okazała, czyli proteinoterapja zmniejsza pobudliwość n. współczulnego. Klinicznie proteinoterapja działa znieczulająco: w wielu przypadkach już po 1—2 wstrzyknięciach bóle żołądkowe zupełnie znikały. Autor uzależnia to 1. od zniesienia skurczów, co stwierdzono roentgenologicznie; 2. od występującego przekrwienia w ognisku schorzałem, co działa uśmierzająco według Biera. W badaniach swych autor stosował wstrzykiwania śródżylne nowoproteiny 0,1—1 cm.; liczba wstrzykiwań w przerwach 2—3 dniowych nie powinna przekroczyć 10; jeżeli skutku one nie okażą, można zastosować powtórne wstrzykiwania nowoproteiny po 6 tygodniach dopiero; po bezskutecznych wtórnych należy stosować zabieg operacyjny. W przypadkach krwawień żołądka nie stosował autor nigdy proteinoterapji. W wielu przypadkach wrzodu żołądka stosowana metoda dała bardzo dobre wyniki.

Nr. 49.

Meyer i Meyer-Bizen. **Stosowanie preparatu siarkowego (Sufrogel-Heyden).** Analogicznie do proteinoterapji stosowanie preparatów siarkowych w sprawach zapalnych przewlekłych dało dobre wyniki. Najlepszym preparatem siarkowym do wstrzykiwań jest siarka w żelatynie — Sufrogel Heyden'a; — stosuje się go w dawkach 0,5—1,0 $cm^3$ 0,1% albo 0,2—0,5 $cm^3$ 0,3% siarki w żelatynie. W przypadkach przewlekłych zapaleń stawów (*arthritis, osteoarthritis, polyarthritis*), w cierpieniach kręgosłupa, ischias, w zapaleniu opłucnej systematyczne stosowanie Sufrogelu dało dobre wyniki: 1. bolesność wstrzykiwań minimalna, 2. wchłanianie preparatu szybkie, 3. ogólny odczyn organizmu nieznaczny; często występuje zwiększenie liczby białych ciałek (neutrofilów zwłaszcza) bez podwyższenia $t^0$. Odczyn w chorym stawie jest bardzo żywy. Przeciwwskazanie stanowiły choroby sercowe z arytmją. Sufrogel zawiera 0,3% S. Ażeby stwierdzić wrażliwość danego osobnika na siarkę, wstrzykuje się z początku 0,2 $cm^3$, potem 0,3 $cm^3$; jeżeli niema odczynu ze strony organizmu, wstrzykuje się następnie 0,5 $cm^3$, rzadko 1 $cm^3$. Najlepiej wstrzykiwać domięśniowo w pośladki; w przypadkach ischias nie należy wstrzykiwać w mięśnie pośladkowe po stronie chorej. Wstrzykiwanie stosuje się w przerwach 8-dniowych. Najżywszy odczyn występuje pierwszego lub drugiego dnia po wstrzyknięciu; jeżeli odczynu po pierwszych wstrzykiwaniach niema, to dalsze wstrzykiwania również są bezskuteczne.

Nr. 49.

M o r o. **Działanie tuberkuliny, wytwarzanie przeciwciał i układ wegetatywny.** Na podstawie wielu spostrzeżeń klinicznych jeszcze w r. 1908 autor stwierdził, że 1. odczyn tuberkulinowy (skórny lub podskórny) występuje pod wpływem podrażnienia nerwów, rozszerzających naczynia; 2. że obecności przeciwciał w odczynie tuberkulinowym nie stwierdzono, przeciwciała to tylko hypoteza, wyjaśniająca swoisty charakter odczynu tuberkulinowego; 3. odczyn tuberkulinowy jest to podrażnienie swoiste układu współczulnego »swoista allergja nerwowa«.

Zakażenie gruźlicze wpływa na ustrój w ten sposób, e po pewnym czasie reaguje on na tuberkulinę odczynem zapalnym. Jak przypuszczano dawniej, pozostaje ten stan zapalny pod wpływem toksyn, pochodzących z pierwotnie nieszkodliwej tuberkuliny, a wytwarzających się za pośrednictwem przeciwciał o charakterze litycznym. Autor uważał, że tuberkulina może wywołać stan zapalny bez współudziału przeciwciał, że odczyn tuberkulinowy — to skutek podrażnienia układu wegetatywnego; odczyn ogniskowy — to podrażnienie układu naczynioruchowego w ognisku schorzałem. Taki też pogląd wypowiadają znacznie później Petruschky, Röckemann, Curschmann i inni.

Autor przypuszczał nawet, że tworzenie się przeciwciał zależy również od wpływu układu wegetatywnego. Dla stwierdzenia tego poglądu W o l f f w r. 1911, 1912 badał zawartość przeciwciał we krwi pod wpływem adrenaliny i pilokarpiny. Punktem wyjścia do tych badań były spostrzeżenia na królikach, u których po jednorazowem śródżylnem wstrzyknięciu krwinek bydlęcych ustalono krzywą hemolizyn. Wpływu adrenaliny i pilokarpiny na hemolizyny nie stwierdzono. Późniejsze jednak badania B o r c h a r d t'a (1919), Rosenthala (1921) wykazały wpływ adrenaliny i pilokarpiny na miano zlepne (aglutynacyjne) w tyfusie: pod wpływem adrenaliny i hypophysiny miano wzrastało, pod wpływem zaś pilokarpiny opadało. Odczyn ten występował najwybitniej po 8 dniach. Pierwsze badania w tym kierunku dawały wyniki ujemne według autora dlatego, że natychmiast po ostatniem wstrzyknięciu adrenaliny lub pilokarpiny (wstrzykiwano w ciągu kilku dni) badano hemolizyny t. j. w »okresie ujemnym« ich wytwarzania.

*Bronisława Szuldberg* (Warszawa).

Nr. 49.

E. B i s s i n g e r, E. L e s s e r, K. Z i p f. **Mechanizm działania insuliny.** Autorowie badali wpływ insuliny na wytwarzanie się cukru z glikogenu w wątrobie żaby pozbawionej trzustki. Nie wykazali jednak żadnego zahamowania pod tym względem. Dalej zamrażali myszy, poddane uprzednio 18 godzinnemu głodzeniu i oznaczali całkowitą zawartość w nich glikogenu i cukru. W ten sposób badali przemianę glukozy, którą zastrzykiwali myszom do jamy otrzewny. Okazało się, że w ciągu 2—3 godzin znikała cała ilość wprowadzonego cukru; 50% dało wykazać się, jako glikogen. Pod działaniem insuliny ta sama ilość zastrzykniętej glukozy znikała już po upływie 1 godz., zawartość zaś glikogenu w tym czasie odpowiadała zawartości normalnej głodzonych myszy. Doświadczenia te skłaniają autorów do twierdzenia, że insulina wzmaga spalanie się cukru w ustroju. Jednocześnie, opierając się na pracach P a r n a s a, przypuszczają, iż utlenianiu się cukru towarzyszy synteza glikogenu, ponieważ obie te przemiany chemiczne są sprzężone ze sobą. Pod działaniem insuliny może zaznaczyć się odkładanie glikogenu, ale wówczas, gdy stężenie cukru w komórkach przewyższa ilość, jaka spala się pod jej działaniem.

Nr. 50.

F. B r ü n i n g. **Nerw błędny i współczulny.** B. rozpatruje dwie nowe operacje wykonywane na układzie wegetatywnym. Zasługują one na uwagę, ponieważ podważają poglądy dotychczasowe, według których nerw błędny i współczulny stanowią dwa antagonistyczne układy nerwowe. Operacja, podana przez E p p i n g e r a i H o f e r a, ma na celu zapobieganie napadom dusznicy sercowej przez wycinanie nerwu hamującego. Nerw ten, według przyjętych dotychczas poglądów, powinien działać przeciwnie do nerwu współczulnego, powodującego skurcz naczyń wieńcowych. Nowe badania B r a e u k e r'a wykazują, że nerw hamujący, aczkolwiek jest odgałęzieniem nerwu błędnego, jednak w przebiegu swym otrzymuje stosunkowo więcej gałązek od pnia współczulnego.

Drugą operację podał K ü m m e l. Jest to nowy sposób leczenia dusznicy piersiowej, polegający na usuwaniu szyjnego powrózka współczulnego, wbrew przyjętym poglądom, że nerw współczulny powoduje rozkurcz mięśni oskrzelek płucnych. Operację K ü m m l'a popierają badania anatomiczne, które wykazują, że nerw współczulny, dochodzący do płuc, zawiera również gałązki, pochodzące od nerwu błędnego. Opierając się na przytoczonych operacjach, autor uważa, że należy odrzucić pogląd, że nerw błędny i współczulny stanowią odrębne jednostki anatomiczne i fizjologiczne.

Są to prędzej nerwy mieszane, zawierające zarówno gałązki współczulne, jak i przywspółczulne.

*L. Jelenkiewicz* (Warszawa).

Journal de Chirurgie.

Nr. 1. — 1924.

O u d a r d M. **Nawykowe zwichnięcie stawu barkowego — (odmiana przednio-przyśrodkowa).** Dokładne badania operowanych przypadków nawykowego zwichnięcia stawu barkowego oraz rzadkie protokóły sekcyjne wykazują, że zwichnięciom tym towarzyszą zawsze zmiany w torebce stawowej w kierunku jej ogólnego rozluźnienia i często zniekształcenia główki kości ramieniowej, ułatwiające jej wystąpienie ze stawu.

Wszystkie stosowane metody operacyjne biorą za punkt wyjścia jeden z wymienionych czynników.

Praktyka jednak wykazała, że zwężenie rozluźnionej torebki stawowej i różne sposoby jej wzmocnienia są w wielu przypadkach niewystarczającym sposobem utrzymania główki w panewce, gdyż w krótkim już czasie rozciąga ona nową torebką stawową. Przymocowanie zaś główki kości ramiennej do obojczyka lub do panewki zapomocą czy to pętli z powięzi szerokiej uda, przeciągniętej przez wywiercony w główce stawowej kanał, czy zwyczajnego szwu z jedwabiu, wtedy tylko będzie skuteczne, jeśli szew, względnie pętla są mocno zaciągnięte, co znów hamuje wolne ruchy stawu.

Autor podaje własną metodę operacyjną, która polega na zmniejszeniu luźności stawu i na stworzeniu sztucznej przeszkody kostnej, uniemożliwiającej wysunięcie się główki ze stawu.

Pierwszym momentem operacyjnym jest całkowite przecięcie mięśnia podłopatkowego w odległości 3 cm. od jego przyczepu na główce kości ramiennej, — (cięcie to obejmuje również torebkę stawową) — i następnie zeszycie obu końców przeciętego mięśnia po założeniu jednego na drugi. Zabieg ten powoduje wydatne zwężenie torebki stawowej.

Drugi moment operacyjny polega na odpiłowaniu szczytu wyrostka kruczego i na wstawieniu pomiędzy oba odłamy listewki kostnej, 3—4 cm. długiej, zdlutowanej z kości piszczelowej. Uzyskane w ten sposób wydłużenie wyrostka kruczego stwarza sztuczną barjerę z przodu stawu i nie pozwala główce wysunąć się ze stawu.

Na poparcie proponowanej metody operacyjnej autor przytacza pięć własnych spostrzeżeń; w trzech przypadkach wynik był doskonały: nawrót zwichnięcia nie nastąpił w ciągu 1—3 lat, ramię zachowało pełną wydolność czynnościową; w pozostałych zaś dwóch przypadkach stwierdzono nieznaczne ograniczenie ruchów kończyny. Na końcu pracy autor podaje szczegółową technikę omawianego zabiegu operacyjnego.

Nr. 2.

H u e t P. A. **O pęknięciach i przedziurawieniach ropniaków jajowodu do jamy otrzewnej.** Spostrzegając w krótkim odstępie czasu dwa przypadki pęknięcia ropniaka jajowodu, autor zajął się zebraniem odnośnych przypadków z piśmiennictwa i zebrał ich zaledwie około 100. Sprzeczność pomiędzy rzadkością powikłania i częstością zasadni-

czego schorzenia tłumaczyć sobie należy tem, że przypadki nierozpoznane i zakończone zejściem śmiertelnem przeważnie nie bywają ogłaszane.

Najczęściej podawanym momentem etjologicznym omawianego powikłania jest uraz. W pewnej tylko części przypadków bywa on bezpośrednim mechanicznym powodem nagłego pęknięcia ropniaka jajowodu. Natomiast w innych przypadkach uraz jest czynnikiem pośrednim, powodującym zaostrzenie już istniejącej lub wygasłej sprawy zapalnej i, jako jej skutek, przerwanie się ropnia przez owrzodzone ściany jajowodu do jamy otrzewnej. Czynnik więc etjologiczny służy jako kryterjum w odróżnianiu pęknięcia od przedziurawienia ropniaków jajowodu. Podział taki ma swoją rację bytu i z punktu widzenia praktycznego: w przypadkach pęknięcia ropa, zalewająca otrzewnę, może być jałowa, natomiast przy przedziurawieniu opróżniający się ropień zawiera ropę zawsze pełną drobnoustrojów.

W opisie anatomo-patologicznym autor podkreśla niektóre szczegóły. Zasadnicze schorzenie obejmuje prawie zawsze oba jajowody; w trzech tylko przypadkach przydatki strony przeciwnej były zdrowe. Ropień może znajdować się w jajniku, w ścianie jajowodu, jednak najczęściej zajmuje światło jajowodu. Opróżnia się całkowicie lub częściowo. Z ropy wyhodowano różne drobnoustroje: łańcuszkowce, gronkowce, dwoinki Neissera, prątki okrężnicy, Ebertha i inne, kilkakrotnie jednak ropa była jałowa. Jako rodzaj zakażenia klinika podawała albo rzeżączkę, albo zakażenie połogowe, nigdy gruźlicy przydatków.

Pod względem objawowym omawiane powikłanie ropniaka jajowodu występuje albo zupełnie nagle, albo po kilku dniach wzmożenia się objawów zapalnych. Nagle występujący bardzo silny ból brzucha, połączony często z utratą przytomności, jest pierwszym objawem. Tuż za nim zjawiają się zwykłe objawy wstrząsu i krwotoku wewnętrznego: bladość, poty, zimne kończyny, tętno 130—140. Brak tylko obniżenia ciepłoty ciała, która — przeciwnie — podnosi się. Brzuch jest wciągnięty, występują wymioty. Już po 3—4 godzinach ma się do czynienia z klasycznym obrazem ogólnego rozlanego zapalenia otrzewnej.

Rozpoznanie nastręcza pewne trudności dopiero wtedy, gdy poszukuje się punktu wyjścia zapalenia otrzewnej. Zbyt często podejrzewa się wyrostek robaczkowy. »Przeszłość narządów płciowych« chorej w wywiadzie powinna natychmiast skierować rozpoznanie na właściwą drogę.

Rokowanie jest bardzo poważne: dla przypadków nieoperowanych zupełnie beznadziejne, dla operowanych — uzależnione od momentu operacji.

Leczenie powinno być przedewszystkiem zapobiegawcze. Przypadki, rozpoznane jako ropniak jajowodu, powinny być traktowane na równi z ciążą jajowodową: spokój bezwzględny i bardzo ścisła kontrola. Przy pierwszych niepokojących objawach należy wykonać cięcie pochwowe lub laparotomję w celu opróżnienia ropnia.

Natomiast w przypadkach samoistnego opróżnienia się ropnia do jamy otrzewnej wskazany jest natychmiastowy zabieg operacyjny, polegający na całkowitem jedno- lub dwustronnem usunięciu przydatków. Autor radzi nie komplikować zabiegu wycięciem macicy, gdyż przedłuża to znacznie czas zasadniczego zabiegu.

*Z. Stankiewicz* (Warszawa).

Zentralblatt f. Chirurgie.

1/2. — 1924.

A. Gregory. **Leczenie jodem gruźlicy chirurgicznej według Hotz'a.** G. stosował zastrzykiwania śródmięśniowe mieszanki, zaproponowanej przez Hotz'a: 10% jodoformglicieryna 90,0, 10% Trae Jodi 10,0 co 7—10 dni po 5 do 6 $cm^3$. Według badań Hotz'a zastrzykiwania te wywołują we krwi zmiany, powodujące uruchomienie elementów, skutecznych w zwalczaniu gruźlicy. W ciągu pierwszego dnia po zastrzyku leukocytoza podnosi się o 30—50%, wzmagając się jeszcze w dniach następnych, przyczem najpierw występuje zwiększenie wielojądrzastych leukocytów, następnie zaś limfocyty dochodzą do 40—65%. Leukocyty wielojądrzaste, rozpadając się, uwalniają zaczyny proteolityczne, które, peptonizując nierozpuszczalne ciała białkowe ropni gruźliczych, umożliwiają ich wessanie. Limfocyty zaś według Hotz'a, posiadają własności lipolityczne, dzięki którym substancje tłuszczowe prątków zostają rozpuszczone, a następnie zaczyny proteolityczne unieszkodliwiają i rozpuszczają pozostałości ciała prątków. Grekow na XV. Kongresie rosyjskich chirurgów podał, że wyleczenie otrzymał w 70% przypadków, poprawę w 20%, bez wyniku 10%. Metodę tę stosował Gregory w 101 przypadkach różnych postaci gruźlicy chirurgicznej. Z zakończonego leczenia u 56 chorych 25 razy otrzymał wyleczenie (wessanie ognisk, zabliźnienie przetok i t. p.), 25 razy znaczną poprawę w 6-ciu wynik ujemny. Objawów zatrucia nie spotykał, odczyn ogólny również występuje rzadko. Czas leczenia wynosił 4 do 6 miesięcy. Obok zastrzykiwań należy stosować zwykłe leczenie ortopedyczne i chirurgiczne.

*Tomasz Wiśniewski* (Warszawa).

1/2. — 1924.

E. Birt. **Stosowanie neosalwarsanu w zakażeniach chirurgicznych.** Na podstawie danych, ogłoszonych przez Klinikę Chirurgiczną w Zurychu, o wynikach leczenia neosalwarsanem spraw zapalnych, autor zaczął stosować neosalwarsan we wszelkich uszkodzeniach ciała, powodujących zakażenie ogólne. W spostrzeganych 11-stu przypadkach wyniki miał dobre. Stosował neosalwarsan u chińczyków w silnie zanieczyszczonych ranach ciętych i postrzałowych, karbunkułach karku i grzbietu, w stanach pooperacyjnych z gorączką i bolesnością ran. Autor nie uważa pomyślnego wyniku za jedyny skutek działania neosalwarsanu, gdyż jednocześnie stosował leczenie chirurgiczne, ma jednak wrażenie, że gojenie postępowało znacznie szybciej. Jako bezpośredni wynik działania tego środka autor uważa znaczny spadek ciepłoty po każdym zastrzyknięciu.

1/2. — 1924.

P. Clairmont. **Radykalna operacja raka przełyku.** Według statystyki Renaud z r. 1923 raka przełyku spotyka się w 10% wszystkich przypadków raka. Obraz kliniczny jest zazwyczaj prosty i jasny. Należy myśleć o tej chorobie w razie wszelkich trudności w połykaniu, chociaż spotykają się przypadki raka przełyku bez zaburzeń połykania. Różniczkować należy w pierwszym rzędzie między atonją, skurczem, uchyłkiem i sprawami patologicznemi, umiejscowionemi poza przełykiem. Z metod badania najważniejsze są zgłębnikowanie, wziernikowanie przełyku i badanie promieniami Röntgena.

Zabiegiem doszczętnym w raku przełyku może być tylko całkowite usunięcie przełyku. Właściwości ściany przełyku nie pozwalają na częściowe wycięcie lub założenie zespolenia z żołądkiem lub jelitami. Ze względu na zakażenie wewnętrznej powierzchni przełyku operować można tylko zapomocą termokauteru. Autor poleca metodę operacyjną, zaproponowaną po raz pierwszy przez Denka i stosowaną przez Kümmell'ajun. Polega ona na działaniu od szyji i od jamy brzusznej. Zapomocą specjalnego wziernika udało się autorowi wykonać operację głęboko w śródpiersiu pod kontrolą oka. Dla przecięcia pasem tkanki, zawierających naczynia, używał termokateru. Większych naczyń nie przecina się. Uszkodzenia dużych naczyń krwionośnych i przewodu piersiowego można uniknąć. Najgroźniejszem jest uszkodzenie opłucnej i spowodowanie odmy piersiowej.

Zabieg kończy się całkowitem wycięciem przełyku, wyprowadzeniem końca górnego przełyku na szyji i założeniem przetoki żołądkowej.

W ten sposób można operować przypadki wczesne Wybór odpowiednich przypadków jest trudny, ponieważ opierać się można tylko na wywiadach.

Gdy ta metoda jest niemożliwą do zastosowania, poleca autor drogę pozaopłucnową (Enderlen, E. Rehn).

Na ostatnim planie stawia autor sposób Sauerbrucha — dojście do przełyku przez opłucną.

1/2. — 1924.

V. Schmieden. **Wyłuszczenie osierdzia.** Jakkolwiek bliznowaty zrost dwóch blaszek osierdzia nie jest rzadkością, leczenie operacyjne tego cierpienia stosuje się dotychczas rzadko. Z tego względu autor do dwóch przypadków zupełnego wyleczenia tego cierpienia drogą operacji, opisanych przez siebie i Volhard'a dodaje trzeci, w którym rozpoznanie i wskazanie ustalił również Volhard. Przypadek dotyczy 22-letniego mężczyzny, dotychczas zdrowego, u którego w ciągu $1^1/_2$ roku rozwinęły się objawy marskości wątroby pochodzenia sercowego: sinica, zastój w żyłach szyji, powiększenie wątroby, obrzęki i przesięki do jam ciała. Obraz roentgenologiczny był nietypowy; zamiast małego słabo poruszającego się serca znaleziono serce duże, przesunięte na stronę prawą. Podczas odłuszczania bliznowatej skorupy osierdzia znaleziono pod nią dużą jamę wypełnioną jałową, brunatnawą mętną treścią, która obejmowała dokładnie prawą komorę.

Volhard zwraca uwagę, że należy zaczynać odłuszczanie od lewej komory, aby dojść do właściwej płaszczyzny wyłuszczenia, ponieważ mięsień lewej komory jest grubszy i istnieje mniejsza obawa przedziurawienia ściany. Najważniejszem jest dokładne oczyszczenie skorupy na przedsionkach i wogóle w miejscach gdzie ściana jest słabsza; bardzo ważnem jest również zwolnienie koniuszka sercowego. Nerwy przeponowe bardzo utrudniają całkowite wyłuszczenie osierdzia. Lewy zazwyczaj udaje się wydzielić i zachować, prawy często trzeba poświęcić. W ścianie kostnej klatki piersiowej autor wycina duże okno przez usunięcie chrząstek żeber od III. do VI. i połowy mostka na tej przestrzeni. Ułatwia to pracę sercu i gojenie się rany pooperacyjnej.

Początkowo chory poprawił się, w 3 tygodnie jednak po operacji zmarł wśród objawów słabości mięśnia sercowego. Potwierdziło to badanie pośmiertne.

Na zasadzie swoich przypadków autor dochodzi do wniosku, że przy twardych bliznowatych zrostach dwóch warstw osierdzia, wyłuszczenie osierdzia jest zabiegiem skutecznym, mogącym doprowadzić do zupełnego wyleczenia, o ile nie stanie na przeszkodzie zwyrodnienie mięśnia sercowego. *J. Machowicz* (Warszawa).

## Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

### Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Przewodniczący kol. Zieliński. Obecnych 92.

Walne Zgromadzenie w dniu 29 grudnia 1923 r. Sprawozdanie ustępującego Zarządu i Wybór nowego.

Zarząd Towarzystwa lekarskiego został wybrany w następującym składzie: Przewodniczący — Prof. T. Zalewski; Wiceprezes — Prymarjusz Z. Leńko; Sekretarz generalny — Pułkownik Prof. Węgłowski; Skarbnik — Dr. Świtalski; Sekretarz doroczny — Dr. Falkiewicz.

Sekretarz: *W. Janusz.*

Posiedzenie naukowe w dniu 18. I. 1924.

Przewodniczący Prof. T. Zalewski. Obecnych 50.

W imieniu nowego Zarządu na rok 1924. Prezes kol. Zalewski dziękuje za wybór. Wypowiada wspomnienie pośmiertne po zmarłych b. członkach Lw. T-wa lek., Kolegach: Z. Dmochowskim, S. Drzymaliku, T. Fechterze, J. Sieleskim, poczem informuje o uchwałach powziętych na posiedzeniu Wydziału: demonstracja chorego może trwać najwyżej 10 min., rozważanie w dyskusji 5 min., początek posiedzeń punktualnie o godz. 6., goście T-wa winni przed posiedzeniem przedstawić się przewodniczącemu.

Kol. Hilarowicz przedstawia: a) chorą 43-letnią po wycięciu prawie doszczętnem języka z powodu raka, u której język wraz z dnem jamy ustnej po stronie prawej oraz gruczołami dał się bez pomocniczej operacji kostnej usunąć; wielki ubytek częściowo wypełnił się sam — przeciągniętą resztką języka, częściowo zamknięto go płatami skórnemi.

W dyskusji kol. Schramm zwraca uwagę na to, jak wielki w tym przypadku nowotwór języka usunięto bez przecinania szczęki dolnej.

b) Wynik leczenia operacyjnego u chorej przedstawianej już uprzednio z powodu słoniowacizny kończyny dolnej rozwiniętej na tle gruźlicy skóry; operacja polegała na ścięciu i wyskrobaniu wybujałych mas, aż do warstw zdrowych, oraz przypaleniu. Ogromny ubytek skóry pokryto przez wstrzykiwanie emulsji nabłonkowej sposobem Pels-Lendena w powierzchnię ziarninową z b. dobrym wynikiem. Cała przestrzeń pokryła się mocnym, zdrowym nabłonkiem w przeciągu krótkiego czasu. Sposób ten przewyższa inne metody epitelizacji prostotą, szybkością, trwałością wyniku, a nadewszystko możnością pokrywania nawet nieoczyszczonej powierzchni ziarninowej. Pokaz preparatu drobnowidowego miejsca, w którem buja nabłonek zastrzyknięty w ziarninę po 5 dniach; nabłonek przedstawia cechy świadczące o wielkiej żywotności i sile rozrodczej komórek.

W dyskusji: kol. Schramm uważa ten wynik za o wiele lepszy niż możnaby to innemi sposobami epitelizacji osiągnąć. Płatki Thierscha wymagają stosunkowo wielkiego uszkodzenia, niezawsze przyjmują się na ziarninie, łatwo potem obumierają i dają powłokę b. cienką. Przy użyciu sposobu wskazanego nabłonek trzyma się głębszych warstw b. silnie i jest trwały; ciekawem jest zjawisko dążenia wszczepionego nabłonka ku powierzchni i kwestja, czy nabłonek taki wstrzyknięty i w zdrowe, świeżo przy operacji odsłonięte tkanki, również wybuja na powierzchnię i pozwoli ubytek w ten sposób pokryć, czy też ulegnie obumarciu.

Kol. Leszczyński w wypadkach rozległych oparzeń, gdzie zostały zniszczone gruczoły potne, stosując opatrunki wilgotne widywał wysepki przybłonka w środku ubytków, prawdopodobnie zawleczone tam przez opatrunek z obwodu.

Kol. Barącz podnosi rolę opatrunków suchych, zaś

Kol. Andruszewski opatrunków wilgotnych, nawet bez używania maści.

Kol. Wajgiel przedstawia mężczyznę 26-letniego, u którego wykonano operację mięsaka opony twardej. Mięsak wielkości pięści dorosłego mężczyzny uciskał na mózg i wpuklał weń oponę twardą; ku zewnątrz przebił tylną część kości ciemieniowej prawej i rozrósł się pod skórą do wielkości średniej pomarańczy.

Guz był elastyczny i można było wyczuć tętnienie. Guz ten rósł w przeciągu 4 miesięcy. Radiogram wykazywał tylko mały otwór (ca 2 cm średnicy) w kości.

W znieczuleniu miejscowem usunięto tkankę chorobową, zniszczoną na znacznej przestrzeni kość i wyłyżeczkowano na ostro oponę twardą. Opony twardej z powodu złego stanu chorego nie usunięto. Ranę wytampowano gazą jodoformową i skórę zaszyto ponad nią z wyjątkiem dolnego kąta, przez który w 6 dni gazę wyjęto. Badanie histologiczne wykazało utkanie mięsaka okrągło-komórkowego. Po operacji bóle głowy ustąpiły. W 14 dni po zabiegu na oponie twardej stwierdzono zbite, nieregularne guzki nawrotu. Chorego poddano dwukrotnemu naświetlaniu promieniami Roentgena, poczem pojawiła się zdrowa ziarnina, wśród której utrzymuje się kilka jeszcze wysp tkanki nowotworowej.

W dyskusji kol. Schramm podnosi niestosunek wielkości ubytku kości na radjogramie, do znacznie większego w rzeczywistości i podnosi korzystne działanie promieni Roentgena. Kol. Pisek zapytuje, czy naświetlanie promieniami R. czaszki nie wpływa szkodliwie na mózg? Kol. Meizels wyjaśnia, że mózg jako narząd składający się z komórek dojrzałych jest na promienie R. mało wrażliwy.

Kol. Stuchły przedstawia: a) mężczyznę l. 28., który przyjęty na oddział z powodu rany zadanej nożem w klatkę piersiową, objawiał znaczną duszność, sinicę, bóle brzucha; brak wymiotów i wiatrów. Z rany wystawał znaczny kawałek sieci. Objawy odmy piersiowej po stronie lewej. (Rana na wysokości 6 żebra idąca w dół i drążąca wgłąb, 5 cm długa, $1^1/_2$ cm szer. po stronie lewej). Tętno miarowe, wolne. Brzuch silnie wzdęty, w górze deskowato napięty. Przystąpiono natychmiast do operacji. W uśpieniu morfinowo-eterowem, podwiązano i odcięto wystającą sieć, poczem cięciem równoległem do lewego łuku żebrowego otwarto jamę brzuszną. Stwierdzono obrażenie żołądka na części wpustowej na krzywiźnie wielkiej sięgające do błony śluzowej 1 cm dług., $^1/_2$ cm szer. Ranę żołądka zeszyto. Po odsunięciu żołądka w dół, ukazała się na wypukłości przepony po str. lewej rana wrzecionowata długa ok. 4 cm., z zaczopowaną siecią. Po wysunięciu sieci, chwycono brzegi rany przepony kleszczykami Mikulicza i zaszyto strunami. Przebieg gładki. Ustąpienie odmy. Badanie Roentgenem w 6 tygodni po zabiegu wykazało nieco wyższe ustawienie przepony po stronie lewej, przepona dobrze ruchoma.

W dyskusji kol. Ostrowski podaje, że operację zaczęto od rozcięcia jamy brzusznej, ponieważ przecinanie przepony mogłoby być dla chorego następowo szkodliwe. Kol. Schramm podnosi, że skoro sieć wpukliła się w przeponę, było wskazanie do otwarcia klatki piersiowej, tem więcej, że szycie przepony od klatki piersiowej jest o wiele łatwiejsze. W takich przypadkach uważa za wskazane dwie operacje.

b) Mężczyznę l. 22, operowanego z powodu objawów ropnia okołokątniczego. Otwarto jamę brzuszną, z rany wydobyła się znaczna ilość posokowatej ropy. Z wyrostka robaczkowego nie było już śladu, a przednia ściana kątnicy zupełnie zgorzelinowa wypadła, tak że ziało światło kątnicy na przestrzeni około $^1/_2$ dłoni. Kątnicę zeszyto szwem dwupiętrowym. Do rany wlano 35 $cm^3$ eteru i założono dren. Zupełne zagojenie się rany bez przetoki kałowej. Na 112 operacji wyrostka robaczkowego wykonanych na oddziale w r. 1923., przeważnie form zgorzelinowych z przedziurawieniem wyrostka, jest pierwszy wypadek zgorzeli kątnicy i to tak znacznego stopnia.

Kol. Meizels przedstawia dwa przypadki schorzeń gruczołów limfatycznych, leczonych promieniami roentgenowskiemi:

a) kobieta z mięsakiem gruczołów chłonnych, histologicz-

nie stwierdzone *lymphosarcoma* Kundrat, w obserwacji od trzech lat. W czerwcu 1921 zgłosiła się na klinikę z guzem wielkości głowy dziecka w prawej pasze. Po kilkunastu słabych naświetlaniach guz ten zmniejszył się znacznie i wreszcie znikł zupełnie. Obecnie można w pasze prawej wyczuć tylko mały twardy guzek, wielkości orzecha laskowego. Chora czuła się przez cały czas zupełnie dobrze i dopiero w listopadzie 1923 roku zgłosiła się ponownie na klinikę, skarżąc się na silne bóle w prawym boku. Prześwietlenie roentgenowskie wykazało okrągławy cień wielkości pięści w dolnej połowie prawego pola płucnego, nie dający się oddzielić od tylnych żeber. Przypuszczając, że przerzut będzie mniej wrażliwy na promienie roent. niż pierwotne ognisko — zastosowano dość silną dawkę. Cień znikł wprawdzie zupełnie do dwu tygodni, chora jednak zareagowała na to naświetlenie gorączką dochodzącą do 40°, silnemi bólami w prawym boku i znaczną leukopenją, przyczem ilość procentowa ciałek eozynochłonnych wzrosła z 3—12%. Objawy te trwały około 4 tygodnie i powoli wreszcie ustąpiły.

Prelegent omawia dzisiejsze metody leczenia złośliwych nowotworów zapomocą promieni roentg.

Koniecznem jest indywidualizowanie wielkości dawek i częstości ich stosowania w każdym przypadku.

b) Przypadek drugi dotyczy kobiety cierpiącej na ziarniniaka złośliwego, *lymphogranuloma malignum* (rozpoznanie było potwierdzone badaniem histologicznem). Schorzenie to wystąpiło u naszej chorej pod postacią guza śródpiersia. Chora pozostaje w obserwacji od prawie dwu lat. Pod wpływem naświetlań roentg. zmniejszył się guz śródpiersia, pierwotnie wielkości głowy dziecka do wielkości małego jabłka. Stan ten trwał aż do września 1923. Chora zgłosiła się wówczas ponownie na klinikę ze znaczną sinicą twarzy, dusznością i bólami w klatce piersiowej. Prześwietlenie roentg. wykazało guz śródpiersia, wielkości pięści dorosłego mężczyzny. Zastosowanie naświetlań roentg. dało i tym razem pomyślny wynik: guz zmniejszył się do 1/6 swej dawnej objętości i równocześnie znikły wszelkie dolegliwości chorej.

Prelegent podnosi większą skuteczność naświetlań roentg. w tym schorzeniu nad innemi środkami tu stosowanemi, którymi wyjątkowo tylko można uzyskać tak długotrwałe i znaczne polepszenie.

Kol. Łuczyński: odczyt p. t. **Sprawozdanie z własnych spostrzeżeń nad istotą przygodnych szmerów sercowych w ciąży.** Na podstawie prowadzonych od 10. miesięcy w klinice położniczej Uniw. im. J. K. we Lwowie badań nad zachowaniem się przygodnych szmerów serca (ścisły dobór przypadków o fizjologicznie prawidłowym narządzie krążenia) w ostatnim okresie ciąży, zauważył prel., że skutkiem ucisku gałek ocznych zapomocą *okulokompressora* Rabinowitcha w 69,6% szmer przygodny słabnie, zaś w 21,4% znika zupełnie. Ponieważ odczyn powyższy jest odczynem przebiegającym na łuku: nerw troisty, błędny, wzgl. spółczulny, prel. poddawał przypadki badaniu farmakologicznemu (wyciąg nadnercza, atropina), i badając zachowanie się szmeru, wyznaczał krzywe metodą Dressela. Obok ciśnienia skurczowego badał ciśnienie rozkurczowe (metodą przysłuchową Korotkow-Jaeger). Okazuje się: 1) Ciąża sprowadza prawie zreguły szczególniejszą wrażliwość na adrenalinę. Prel. nie wychodził poza dawkę 0,4 roztworu 1:1000., a mimo to zdarzały się stany poważnego zapadu. Z powodu tak wielkiej czułości ustroju stosował jedynie wstrzykiwania podskórne. 2) Wszystkie krzywe atropinowe są krzywemi jednofazowemi, krzywe adrenalinowe jedno i dwufazowemi, t. zn. krzywa ciśnienia spada zrazu o kilkanaście a nawet kilkadziesiąt mm. Hg. popod pierwotny stan, poczem dopiero podnosi się. 3). Krzywe atropinowe i adrenalinowe z uwzględnieniem zachowania się ciśnienia rozkurczowego mogą być równo lub różnoimienne, t. zn. ciśnienie rozkurczowe zachowuje się albo taksamo jak skurczowe (rośnie z nim razem lub maleje), albo przeciwnie. W wielu razach, w których samo badanie ciśnienia skurczowego dawałoby powód do przypuszczenia niedostatecznej resorbcji, zachowanie się ciśnienia rozkurczowego okazuje, że przypadek reaguje na adrenalinę, 4). Przygodny szmer ustępje po atropinie w 86% przypadków, natomiast do adrenalinie słabnie w pierwszej fazie w odczynie dwufazowym, ustępując tylko w 30%. 5) Tensam szmer, zachowujący się jednakowo pod wpływem ucisku gałek ocznych nawet do 300 mm. Hg u tejsamej ciężarnej (badany w odstępie kilku godzin czasu, aby przebrzmiało działanie jednego odczynnika) nie znika pod wpływem adrenaliny, ale znika pod atropiną (dawki 0,4—0,9 roztw. 1:1000), mimo, iż obie reakcje przebiegają jako jednofazowe, dodatnie (podniesienie się ciśnienia) Dowodzi to, że znikanie szmeru nie jest powodowane przez zachowanie się ciśnienia. Na podstawie wyników spółczesnego badania okulokopressometrem i metodami farmakologicznemi wnosi prelegent, że szmery przygodne w ostatnim okresie ciąży, względnie w pierwszym okr. porodowym uważać należy za wyraz pewnego przesunięcia się wzajemnego stosunku układu sympatycznego i parasympatycznego, pod wpływem zmniejszenia się oporu wewnętrznego (który przyjmuje Peritz). Możliwe, że zmiany te przychodzą do skutku przy pomocy inkretów ciążowych, a tak występuje tego rodzaju stan tonizacji mięśnia sercowego, iż wypada przypuścić pewną przewagę układu parasympatycznego przy pewnem równoczesnem zahamowaniu układu spółczulnego.

Badania Loewego, Stefaniego, Heringa, Cornilla i Caillodsa, tudzież Rossiego i i. odnośnie do wpływu nerwu błędnego i współczulnego na stan myotoniczny komór i przedsionków mogłyby służyć za substrat do próby wyjaśnienia mechanizmu powstawania szmerów przygodnych skutkiem zmiany tonizacji serca przez zmienione warunki pod wpływem już istniejących, tudzież nowych, wprowadzonych przez ciążę, hormonów, działających na stan oporu wewnętrznego obu funkcjonalnie sprzęgniętych z sobą części układu autonomicznego.

Możliwe też, że i wielka część szmerów przygodnych w okresie miesiączkowania powstaje na tejsamej drodze, gdyż w czasie tym ulega układ autonomiczny poniekąd podobnym zmianom, jak to wykazał Franke. Czy w etjologji przygodnych szmerów wogóle nie gra czynnik nerwowy poważnej roli, wartoby zbadać. Na podstawie przygodnych własnych spostrzeżeń prelegent jest zdania, że tak jest istotnie.

W dyskusji zabierali głos: kol. Krzemicki co do kryterjum rozpoznawczego szmerów przygodnych, kol. Pisek o przedstawienie, jak, zdaniem prelegenta, należy wyobrazić sobie dotyczący mechanizm w samem sercu, wreszcie kol. Wiczkowski, nawiązując do badań Wiesla, zapytywał co do kierunku badań prowadzonych przez prelegenta z szczególniejszem uwzględnieniem inkretów przysadki i tarczycy. T. *Falkiewicz* sekr.

### Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 2 stycznia 1924 r.

I. Kol. Schweig przedstawia: 1) 12-o letniego chłopca **ugryzionego** przez psa **w lewą gałkę** oczną i w lewą dolną powiekę. Skutkiem tego ugryzienia jest *coloboma palpebrae inferioris, vulnus perforans sclerae et prolapsus iridis oculi sinistri* z następowem zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego tegoż oka; 2) 72 letnią kobietę z **kiłakami spojówki** gałkowej na obu oczach w stanie gojenia się pod wpływem leczenia jodkiem potasowym.

II. Przez balotowanie zostali przyjęci w poczet członków Towarzystwa: kol. Szrajber, Langbard, Trawiński, Kalisz, Eljasberg i Dobrowolski.

III. Wysłuchano i przyjęto roczne sprawozdania: sekretarza bibljotekarza, skarbnika oraz komisji rewizyjnej.

IV. Na wniosek skarbnika uchwalono podwyższyć składkę do wysokości 1 fr. złotego miesięcznie oraz zwaloryzować zaległe składki.

V. Wybory nowego Zarządu dały następujący rezultat: Prezes kol. Sterling, wiceprezes — kol. Manteufel, sekretarz I. — kol. Rueger, sekretarz II. — kol. Mogilnicki, bibljotekarze — kol. Prechner i Golc.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia 1924 r.

I. Kol. Eljasberg przedstawia dwuch chorych. 1) Chorego, u którego po **rozległej resekcji żołądka** sposobem Billroth I., dokonanej z powodu wrzodu, odźwiernika nastąpiła ciężka atonja żołądka. Przypadki te najczęściej notowane są w związku z resekcją metodą Bilroth I. wskutek uszkodzenia splotów nerwu współczulnego. 2) Chorego lat 26 z **rozległemi żylakami kończyn dolnych, powłok brzusznych i klatki piersiowej.** Wobec braku anatomicznej podstawy, która przez ucisk w jamie brzusznej mogłaby spowodować zaburzenia w krwiobiegu venae cavae interioris, należy uważać to za wadę naczyniową.

II. Kol. Kryszek wygłosił odczyt: **„O klinicznej wartości mierzenia ciśnienia krwi“.** Po omówieniu czynników, wpływających już w normalnych warunkach na wysokie ciśnienia krwi, kol. Kryszek odróżnia pojęcia hypertonji i hypertensji jak również pojęcia tonuş (napięcie) i spasmus (skurcz). Wysnuwa stąd wnioski kliniczne. Następnie omawia obszerniej wartości mierzenia ciśnienia krwi w przebiegu 1) najrozmaitszych spraw chorobowych, wkraczających w różnorodne dziedziny medycyny, 2) w przebiegu napadowo występujących „kryz naczyniowych“. wreszcie 3) w przebiegu „hypertonji samoistnej“, prawdopodobnie czynnościowego pochodzenia (Rzecz przeznaczona do druku).

**W dyskusji** zabierał głos kol. Frenkel.

III. Kol. Załęski demonstruje **paciorkowca zieleniejącego** wyhodowanego ze krwi chorej, u której rozpoznano klinicznie „endocarditis lenta“. 3 cm³ krwi, zmieszanej z 50 ctm 2% agaru cukrowego, rozpuszczonego i ochłodzonego do 45° i wylanego do 4 płytek Petri'ego, dało po 48 godzinach 600 kolonji zieleniejących. Jednocześnie była wysiana krew do buljonu cukrowego, rozdzielonego następnie do 12 probówek. Po 48 godzinach we wszystkich próbówkach stwierdzono nieznaczne zmętnienie i tworzenie się drobnych kłaczków i kłębków na dnie próbówek.

Badanie morfologiczne hodowli dało nieoczekiwany rezultat. W buljonie wyrosły kłębki paciorkowców o postaci wydłużonej, przypominającej kształt pneumokoków; w białych ciałkach można było zauważyć wybitną fagocytozę paciorkowców. Natomiast drobnoustroje, tworzące w agarze kolonje zieleniejące, wymazane na szkiełku miały wygląd kolonji zwyrodniałych laseczek błonicy, kulek i ziaren, barwiących się niejednolicie, laseczki te przeszczepione do buljonu dawały łańcuszki paciorkowców, przeszczepione zaś na agar cukrowy i agar z krwią — nietypowe, wielopostaciowe laseczki. Wszystkie te postacie barwiły się Gram mem dodatnio, ale słabo. Wyhodowany więc przez referenta drobnoustrój miał wygląd wielopostaciowy. Następnie referent wskazuje na fakt częstego spotykania paciorkowców zieleniejących w górnych drogach oddechowych u osób zdrowych i chorych, a także

w jamie ustnej, w zębach próchniejących i ropniach wskutek próchnienia zębów powstałych. Po przeszukaniu kilku preparatów mazanek ze krwi chorej referentowi udało się znaleźć w jednym wielojądrzastym leukocycie kilkanaście koków, przypominających koki, zfagocytowane przez leukocyty w hodowlach buljonowych.

W dyskusji kol. Szyfman wskazuje na to, że ostatnio niektórzy badacze podają, iż streptococcus viridans jest mniej zjadliwą odmianą streptococcus haemolyticus. Ciekawe jest spostrzeżenie Jungmana, że surowica krwi chorych na endocarditis lenta posiada własności bakterjobójcze w stosunku do streptoc. haemolyticus, a nie posiada takowych w stosunku do streptoc. viridans. Kol. Sterling uważa, że znajdowanie streptoc. viridans przy próchnicy zębów nakazuje przypomnienie o „oral sepsis", t. j. o roli zapobiegania chorobom zakaźnym przez higjenę zębów.

Na tem posiedzenie zakończono

### Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie wyborcze w dn. 8 stycznia 1924 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

Prezes wygłasza krótkie przemówienie poświęcone pamięci zmarłego członka Towarzystwa b. prezesa Towarzystwa śp. Zdzisława Dmochowskiego, nadmieniając, że w celu uczczenia pamięci zmarłego zostanie poświęcone specjalne posiedzenie. Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie.

Sekretarz doroczny Wacław Kowalski odczytuje sprawozdanie z czynności naukowych Towarzystwa za rok 1923. W roku sprawozdawczym 1923. wygłoszono w Warszawskiem Towarzystwie lekarskiem 37 odczytów naukowych, a także odczyty na cześć Pasteur'a, Jenner'a, Karola Marcinkowskiego, oraz w celu uczczenia pamięci zmarłych wybitnych członków Twa: Walentego Kamockiego, prof. Józefa Hornowskiego i prof. Antoniego Jurasza. Pokazów przedstawiono 26.

W dyskusji zabierało głos 152 mówców. Największe zainteresowanie wzbudził cykl wykładów o zapaleniu wyrostka robaczkowego, opracowanych wszechstronnie przez odpowiednich specjalistów.

Na prezesa wybrano kol. Antoniego Leśniowskiego, na wiceprezesa Kazimierza Zielińskiego, na sekretarza dorocznego Wacława Kowalskiego.

Do Zarządu został wybrany kol. Władysław Starkiewicz. Na członków Komitetu Kasy Wsparcia wybrani zostali kol. Szumlański, Śmiechowski, Sawicki Bronisław, z poza Towarzystwa Chodakowski i Żera.

Na członków czynnych Towarzystwa zostali wybrani kol. Czarnota-Bojarski, Górecki, Gutowski, Jakowicki, Krasnowolski, Milewski, Misiewiczówna, Moczarski, Niewiadomski, Niewiński, Obarski, Sabat, Szerypo, Szper, Wilga i Zalewski. Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie uroczyste poświęcone pamięci śp. Zdzisława Dmochowskiego w dniu 29 stycznia 1924 r.

Przewodniczy prof. A. Leśniowski.

Prezes wita gości i rodzinę zmarłego śp. prof. Z. Dmochowskiego.

Prezes rozpoczyna posiedzenie przemówieniem, w którem podkreśla znaczenie Towarzystw Lekarskich w życiu lekarskiem i podnosi, iż śp. prof. Dmochowski już w początkach swej działalności lekarskiej został przyjęty do Towarzystwa. Zmarły brał czynny udział w pracach Towarzystwa bądź wygłaszając odczyty zawsze głęboko obmyślane i szczegółowo opracowane, bądź też zabierając głos w dyskusji. W dowód uznania dla pracy śp. Z. Dmochowskiego, jego charakteru i zaufania w 1920 r. członkowie Twa wybrali śp. Dmochowskiego na prezesa Twa. Zaszczytne to stanowisko zmarły piastował w ciągu 1920 i 1921 roku, w latach najcięższych, umiał jednak utrzymać działalność Twa. Stan zdrowia nie pozwolił śp. prof. Dmochowskiemu na dalszą pracę w Towarzystwie i zmusił go do usunięcia się od pracy społecznej; po dłuższej chorobie zmarł 6 stycznia 1924 r.

Zebrani uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie. Prof. Kryński skreślił działalność śp. prof. Z. Dmochowskiego w Towarzystwie Naukowem. Wiele pracy poświęcił Zmarły w okresie organizacyjnym Towarzystwa Naukowego. Dzięki Jego usilnym staraniom i zabiegom udało się Towarzystwu Naukowemu uzyskać znaczne fundusze, nabyć odpowiedni gmach Członkowie Towarzystwa Naukowego oceniając zasługi Zmarłego wybrali go na wiceprezesa Towarzystwa. Śp. Dmochowski był inicjatorem utworzenia pracowni naukowych w Towarzystwie Naukowem, których brak dotkliwie dawał się odczuwać polskim pracownikom na polu nauki.

Z. Sławiński w swojem przemówieniu przedstawia życie śp. Z. Dmochowskiego. Było ono ciągiem wytężonej pracy przy niespożytej energji i wytrwałości, poświęcone ukochanej przez zmarłego anatomji patologicznej.

Prof. Gluziński przemawia od Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Prof. Gluziński przedstawia stosunek władz Uniwersytetu do zmarłego śp. Dmochowskiego i pełne uznanie dla jego pracy. W końcu przemówienia prof. G. składa wyrazy głębokiego żalu i współczucia pozostałej rodzinie.

L. Paszkiewicz szczegółowo rozpatruje prace zmarłego śp. Zdz. Dmochowskiego, podnosi ich wartość naukową, szczególniej obszernego podręcznika Djagnostyki Anatomji Patologicznej.

Stefan Rudzki omawia działalności śp. prof. Z. Dmochowskiego w Wojsku Polskiem, przedstawia ogrom pracy, jaką włożył Zmarły przy organizacji Wojskowej Rady Sanitarnej i szerokie ujęcie zadań sanitarnych w wojsku. Prezes składa wyrazy współczucia pozostałej rodzinie.

Na tem posiedzenie zakończono.

Posiedzenie w dn. 5. lutego 1924 r.

Przewodniczy prof. A. Leśniowski.

Prezes składa podziękowanie ustępującym członkom Prezydjum prof. A. Gluzińskiemu i Wł. Starkiewiczowi oraz członkowi Zarządu A. Kozerskiemu.

Prezes wita nowowybranych członków Towarzystwa i wręcza im dyplomy członkowskie, wreszcie komunikuje o śmierci czynnego członka Towarzystwa śp. Konstantego Sierpińskiego i wzywa zebranych do uczczenia pamięci zmarłego przez powstanie.

Sekretarz stały prof. A. Sokołowski i Podskarbi L. Babiński przedstawiają wniosek Zarządu, aby składkę członkowską za I. kwartał b. r. podnieść do wysokości czterech miljonów mkp.

Zebrani jednogłośnie przyjmują wniosek Zarządu.

Wiceprezes K. Zieliński przedstawia w imieniu Zarządu konieczność dania Sekretarzowi Stałemu zastępcy i występuje z wnioskiem, aby zebrani upoważnili Zarząd do powołania zastępcy Sekretarza Stałego.

Zebrani przyjmują wniosek Zarządu jednogłośnie.

Do Komitetu Bibljotecznego zostali wybrani Jan Baczkiewicz, prof. Franciszek Giedroyć i Ludwik Łapiński.

I. J. Rutkowski wygłasza rzecz p. t. Wstęp do nauki o konstytucji.

W dyskusji prof. Loth zaznacza, że tego rodzaju odczyty należy powitać bardzo gorąco, ponieważ zaznajamiają ogół lekarski z pewnemi zjawiskami biologicznemi. Prof. Loth pragnąłby, aby nie mówić o konstytucji, lecz o konstytucjonalizmie. W swem przemówieniu prof. Loth prostuje twierdzenie prelegenta, że Mendel odkrył prawo dziedziczności na roślinach i zwierzętach. Mendel robi swoje spostrzeżenia jedynie na roślinach, później dopiero spostrzegano wykryte przez Mendla zjawiska i na ślimakach i nakoniec na licznych zwierzętach. Niesłusznie mówimy o dziedziczeniu cech według Mendla, gdyż praw tych jest więcej (Plate'go i innych). Prof. Loth stał na tem stanowisku, na którem stoi prelegent. Rzeczowa krytyka tego poglądu przez poważnych badaczów zmusiła prof. L. do krytycznego rozpatrzenia tego poglądu. Na przykład, jakie podłoże ustroju zostało odziedziczone w hemofilji? Na jakiem podłożu rozwija się skaza moczanowa? Dziedziczne obrzęki, które występują dopiero w 40-ym roku życia, jakie mają podłoże do swojego powstania? Badania Hirszfelda nad zjawiskami mendelizmu w surowicy krwi zmuszają do zastanowienia się, na jakiem podłożu i na jakich produktach się rozwijają. Prelegent mówił o dziedziczności w sensie absolutnie laboratoryjnym. W naturze odbywa się jednak inaczej, tam istnieje prawo doboru naturalnego. Wielki przewrót zrobiła ostatnia wojna. Czyste typy wyginęły: zmienił się przez to stosunek. Zmienił się odsetek czystych cech tak, że zbliża się do 50%, ale pozostaje ponad 50%, gdyż przy obniżeniu się odsetka czystych cech poniżej 50% nie można mówić o typie. Choroby zakaźne również gwałtownie zmieniają całe ustosunkowanie. W ocenie zjawisk dziedziczności wskazaną jest daleko idąca ostrożność.

Kol. Hirszfeld wspomina o dziedziczności grup serologicznych we krwi. Grupy te dziedziczy się według prawa Mendla. Surowica krwi to nie mieszanka — surowica posiada swój wyraz. Przy badaniu surowic nastręcza się pytanie, czy przeciwciała normalne mają też swoje zastosowanie, czy się je dziedziczy według praw. Grupy surowic A i B dziedziczy się według praw Mendla. Jeżeli surowica matki A daje odczyn Schick'a dodatni, surowica ojca B daje odczyn Schick'a ujemny, a surowica dzieci daje odczyn Schick'a dodatni, to dowodzi, że dzieci odziedziczyły surowicę krwi po matce; przy odczynie Schick'a ujemnym po ojcu. Na tej podstawie będziemy mogli stawiać rokowania.

Kol. Sabat omawia spostrzegany przez siebie przypadek początkowego okresu gruźlicy płuc u dwóch sióstr, 11 letniej i 13 letniej. Jedna z nich była podobną do ojca, druga zaś do matki. Pomimo zewnętrznej różnicy obraz roentgenowski jak u jednej tak u drugiej był zupełnie podobny, takie same umiejscowienie pierwotnego zakażenia w szczycie dolnego płatu prawego płuca, te same smugi gruczołów i ten sam stosunek spostrzeganych zmian do konturów klatki piersiowej.

Kol. Orzechowski jest zwolennikiem zapatrywania, że konstytucja odgrywa rolę w etjologji chorób. Badania nad konstytucją spotykają trudności i kończą się bez wyniku. Prof. O. opierając się na dużym materjale osteomalacji, począł szukać pewnej konstytucji ustroju w powyższem cierpieniu. Po dłuższych badaniach zdawało się, że wynik będzie przejrzysty. Wszyscy chorzy, badani przez prof. O., wykazywali typ wybitnie trawienny. Dalsze badania wykazały konstytucję mieszaną.

W życiu przeważają typy mieszane; stwierdził to Sigaut. W tych mieszanych typach jeden typ bierze przewagę i daje wybitniejsze rysy. Badając takie typy, zdani jesteśmy na subjektywizm badacza — opierając się nawet na obfitym materjale, mogłoby nam się zdawać, że to typ konstytucyjny, usposabiający do danego cierpienia. Jeżeli zaś wziąć pod uwagę typ przeważający w danej okolicy, to może się okazać, że typ uważany za konstytucyjny jest jedynie typem przeważającym w danej okolicy. Na tę ostatnią trudność prof. O. zwraca specjalnie uwagę słuchaczów. Zdarza się, że konstytucja chorobotwórcza jest zamaskowaną. Mogą być astenicy, którzy przy bliższem badaniu nie robią wrażenia asteników.

W odpowiedzi Rutkowski wyjaśnia przyczyny, dla czego zajął się sprawą konstytucji, wyraża wdzięczność prof. Lothowi za zwrócenie uwagi na pewne niedokładności, które postara się wyjaśnić. Dalsze badania Rutkowski przeprowadza nad konstytucją w cierpieniach chirurgicznych.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

### Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji.

Posiedzenie sekcji Rzeszowskiej z dnia 18. I. 1924 r. Obecnych 24 członków.

Rozpoczęto posiedzenie pośmiertnem wspomnieniem ś. p. Dr Tadeusza Fechtera, dyrektora szpitala w Jarosławiu, który bywał częstym gościem sekcji rzeszowskiej. Cześć Jego pamięci!

Kol. Maurer przedstawił I. dziewczynę (izraelitkę) lat 14 ze zmianami skórnemi twarzy, obu rąk i nóg do kolan, — „xeroderma pigmentosum". Na twarzy utworzyły się pośród skóry typowo zmienionej, wybujałości mięsakowate. w okolicy skrzydełka nosa i powieki dolnej lewej. Chora należy do licznej rodziny; żyjące rodzeństwo chorej zdrowe. Jedna z sióstr chorowała również na „scleroderma pigment." i zmarła w 24 roku życia. Leczenie polega na wypaleniu wybujałości palnikiem Paquelina.

II. Chora lat 15 dotknięta krwawiączką, u której pierwsza miesiączka zmieniła się w krwotok, prawie śmiertelny! Chora ta z chwilą przyjęcia do szpitala miała wygląd trupioblady, puls przerywany, dochodzący do 110 uderzeń. Krwawienia z części rodnych i z dziąseł. Zastosowano wstrzykiwania dożylne „chlorokalkolu" (Calcium chloratum) Po kilku dniach nastąpiła znaczna poprawa i krwawienia ustąpiły.

III. Operowane przez siebie chore i preparaty guzów macicznych utkania włókniakowego.

A mianowicie:

1) guz ściany macicy wielkości głowy dziecka.

2) guz szyjki macicznej (również ściany) wielkości sporej główki kapusty.

3) guz trzonu macicznego, nadający preparatowi wygląd macicy ciężarnej w 6-ym miesiącu ciąży.

Operacji dokonano we wszystkich przypadkach przez laparotomję. W przypadku 2-gim podnieść należy, że celem uniknięcia obrażenia pęcherza i moczowodów, usunięto wpierw guz przez wyłuszczenie śródtorebkowe, a następnie usunięto macicę dodatkowo.

IV. Dwa preparaty pochodzące z operacji usuwającej doszczętnie macicę i zropiałe przydatki.

U jednej z tych chorych objawy chorobowe wystąpiły pod formą gwałtownego krwotoku macicznego, trwającego bez przerwy kilka dni — bez podniesienia ciepłoty — mimo to, że trąbki i jajniki przedstawiały obraz zupełnego zniszczenia. Ponadto znaleziono spory ropień w zatorze Douglasa! Chore po zabiegu mają się doskonale. Kol. Maurer nie podziela zdania Döderleina, żeby stosować we wszystkich przypadkach ropni natury gonokokowej bez obawy poprzeczne cięcie Pfannenstiela, gdyż ropnie te nie są zawsze tak dobrotliwe jak je przedstawiają i można narazić chore na ciężkie powikłanie w powłokach brzusznych.

V. Preparat ciąży trąbkowej mylnie rozpoznany jako ropne zapalenie wyrostka robaczkowego.

VI. Preparat ciąży jajnikowej usunięty jako taki w drodze operacyjnej.

Kol. Hinze' przedstawił: I. preparat macicy z rakiem szyjki, usuniętej z częścią pochwy sposobem Wertheima. Obszernie omówił technikę tej operacji i przedstawił oryginalne instrumentarjum Wertheima.

Zdaniem mówcy słabą stronę tego zabiegu stanowi oddzielenie pęcherza moczowego i moczowodów na dosyć znacznej przestrzeni, tego rodzaju, że pęcherz moczowy pozbawiony zostaje w najistotniejszej swej części, bo w okolicy trójkąta Lieutoda, zupełnie wszelkiego oparcia i podstawy.

W następstwie tego wnikają drobnoustroje do pęcherza i mimo wszelkich wysiłków powodują uporczywe katary pęcherza, moczowodów i miedniczek nerkowych. Dobrze by było zestawić statystykę tych schorzeń, a z pewnością wypadłaby bardzo na niekorzyść operacji Wertheima. Mówca zna kilka chorych operowanych przez pierwszorzędnych operatorów, które całemi latami już cierpią na zapalenie ropne dróg moczowych i są na drodze do ropnego zapalenia miąższu nerkowego (*nephritis*).

Podobne stany obserwował mówca na klinice samego Wertheima.

Na to powikłanie niema sposobu i fałdowanie pęcherza nie zmienia niekorzystnych warunków.

Chora nasza wyszła jeszcze jako tako po operacji; gdyż część pochwy zajętej nowotworem i usuniętej w toku operacji była mała i nie trzeba było obnażać zbyt wiele pęcherza.

Należy zatem z uczuciem ulgi powitać nową erę leczenia raka macicy twardemi promieniami R. i wezwać rząd do utworzenia podobnych stacji przy każdym większym szpitalu.

II. Dwa wyrostki robaczkowe usunięte chirurgicznie oraz woreczek żółciowy wypełniony kamieniami.

III. Dziecko kilkumiesięczne z wadą rozwojową twarzy, ust i nosa. Szczególnie szpecące było wystawanie przegrody nosowej (*vomer*) z tworem podobnym do galasówki. Nos dziecka dochodzi do 7 cm. szerokości!



Zabieg wykonano w ten sposób, że usunięto część przegrody nosowej i wydłutowano klin pomiędzy jedną i drugą szczęką górną. Następnie uciśnięto mocno obie szczęki, tak, że się zbliżyły do siebie, a muszle nosowe zeszły się bez przegrody w linji środkowej. Wówczas dopiero można było ukończyć zabieg sposobem Miraulta. Rana zgoiła się rychłozrostem, a nos przedstawia wewnątrz na znacznej przestrzeni wspólną jamę.

W odpowiedzi Prezesowi Związku lek. krakowskich Dr. Cerse donosi Związek lek. sekcji Rzeszów, że istnieje już od trzech lat i omawia zazwyczaj prócz tematów naukowych, sprawy zawodowe. W kwestjach zawodowych zwracał się już niejednokrotnie do Związku krakowskiego o dyrektywę i ma zaszczyt do tego Związku należeć.

### Towarzystwo Lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół z zebrania w dniu 16. I. 1924 r. Przewodniczy kol. Kozłowski. Obecnych 18 członków.

I. Odczytano i przyjęto protokół z zebrania Towarzystwa w dniu 21. XI. i 19. XII. 23.

II. Kol. Butkiewicz demonstruje chorego, u którego dokonał plastyki cewki moczowej, preparat anatomiczny gruźlicy nerki i preparat gruźlicy jelita cienkiego.

Kol. Gosiewski demonstruje chorego u którego po anginie rozwinęła się polyarthritis, a w tydzień później endocarditis. Chory o stanie zdrowia niezadowalającym przed chorobą; od czasu wystąpienia objawów sercowych stan chorego stał się groźny. Wobec bezskuteczności preparatów salicylowych, kol. Gosiewski stosował u chorego propidon, powtarzając dawkę co 7 dni. Działanie było dodatnie.

W krótkiej dyskusji, jaka wywiązała się o działaniu propidonu zabiera głos kilku kolegów.

Kol. Kotarski demonstruje noworodka bez szyji, z guzem na plecach w okolicy kręgosłupa. Przy porodzie tego noworodka guz silnie krwawił, co stwarzało duże trudności rozpoznawcze.

III. Kol. Butkiewicz — „O nephroptosie i leczeniu jej". Nazwy „nerka ruchoma", a tembardziej „nerka wędrująca" powinny być porzucone i zastąpione przez nazwę „opadnięcie nerki" nephroptosis. Nazwa „ectopia" lub „dystopia" nerki może być zastosowaną tylko do przypadków wrodzonego, nieprawidłowego umiejscowienia nerki, powstałego wskutek braku lub niezakończenia podnoszenia się nerki z miednicy ku górze. Normalna pozycja nerki zależy nietyle od jej narządu ustalającego, ile od prawidłowej formy niszy (łożyska nerki) i równowagi ciśnienia we-

wnątrzotrzewnowego. Opadnięcie nerki jest chorobą nabytą i powstającą na podłożu wrodzonej wrażliwości budowy lub wiotkości tkanek i samego narządu ustalającego pod wpływem urazów ostrych lub przewlekłych, zaburzeń w ciśnieniu wewnątrznootrzewnowem, zmiany formy nisz nerkowych i zwiększenia wagi samej nerki; tylko w niektórych przypadkach opadnięcie nerki jest jednym z objawów ogólnego opadnięcia trzew (enteroptosis, splanchnoptosis).

Opadnięcie nerki odbija się ujemnie na stanie miąższu nerkowego, wywołując w nim objawy przewlekłej sprawy zapalnej, przeważnie o typie nephritis interstitialis. Nadnercze nigdy nie opada wraz z nerką.

Symptomatologja opadnięcia nerki jeszcze mało jest opracowana:

a) obok ujemnego, niekiedy bardzo ciężkiego wpływu na ogólny system nerwowy lub poszczególne jego części, opadnięta nerka może mechanicznie zaburzyć czynności żołądka i kiszek doprowadzając te zaburzenia do rozszerzenia żołądka, objawów zapalenia kątnicy lub wyrostka;

b) wskutek mechanicznego wpływu na przewody żółciowe lub pęcherz żółciowy opadnięcie nerki może wywołać żółtaczkę, symulując przy tem objawy zapalenia pęcherzyka, lub kamicy żółciowej.

c) Ostre napady bólów nerkowych, t. zw. „crises renales", u osób z nephroptosą są rozmaitego pochodzenia; w jednych przypadkach zależą one od rozciągnięcia miedniczki nerkowej wskutek przegięcia moczowodu, w drugich zaś od skrętu naczyń wnęki i zaburzeń w obiegu krwi. Dlatego też należy odróżnić napady wodonercza od napadów uwięźnięcia nerki.

d) Zmiany ilości i składu moczu, jak również i bóle przy oddawaniu mo zu i pollakiurja mogą być głównemi, a niekiedy i jedynemi objawami nephroptosy.

Wskutek mnogości objawów mogących być skutkiem opadnięcia nerki, zbadanie pozycji nerek, wskazane jest nietylko przy zaburzeniach ze strony narządów moczowych, lecz i przy schorzeniach narządów jamy brzusznej i systemu nerwowego. Głównem zadaniem rozpoznania jest wyjaśnienie roli i stopnia udziału opadniętej nerki w ogólnym obrazie zaburzeń. Wielkie usługi przy badaniu mogą oddać: albuminuria palpatoria, zbadanie pojemności miedniczki nerkowej (pyelographia), colica experimentalis i badanie röntgenograficzne miedniczek i moczowodu.

Jedynie radykalnym sposobem leczenia nefroptosy jest operacyjne umocowanie nerki — nephropexia. Zastosowanie pasów brzusznych, gorsetów i bandaży ma znaczenie tylko pomocnicze.

Najbardziej celowym sposobem operacji jest przyszycie nerki za torebkę (nephropexia capsularis) po odsłonięciu miąższu. Nephropexia jest operacją bezpieczną, pozwala osiągnąć pewne umocowanie nerki i daje bardzo dobre wyniki lecznicze, jeżeli dokonana była przy odpowiednich wskazaniach. Dlatego też pożądane jest szerokie jej zastosowanie szczególnie w Polsce, gdzie jest mało oceniana.

Od operacji należy się powstrzymać: 1) przy zaburzeniach nerwowych nieustalonego pochodzenia, 2) przy obecności enteroptosy. Przy zastosowaniu wskazań i przeciwwskazań należy kierować się stopniem i rodzajem objawów chorobowych, stopniem i typem opadnięcia nerki, zajęciem i sposobem życia chorego.

Dyskusję nad odczytem odłożono do następnego zebrania.

Kol. Kozłowski odczytał sprawozdanie z sum zebranych na przytułek w Granicy.

## Polskie Towarzystwo Anatomiczne.

Posiedzenie dnia 29 listopada 1923 r.

Przewodniczący prof. E. Loth.

I. W krótkich słowach przewodniczący wyjaśnia cel i zakres działania Tow. Anatomicznego, oraz określa program posiedzeń, w zakres których mają wchodzić: pokazy rzadkich preparatów, sprawozdania z prac osobistych, referaty.

II. Kol. M. Konopacki »O mikrochemicznej analizie perywitelinu w jajach żaby«. Autor posiłkując się licznemi metodami mikrochemicznemi, wykazał, że błona okołojajowa (perivitelin) składa się z jakiejś substancji białkowej i glikogenu, które w stanie płynnym zostają wydzielane z jaja. Badania mikrochemiczne stwierdziły, że wytwarzanie perywitelinu na jajach niezapłodnionych i ulegających cytolizie polega na tym samym procesie fizykochemicznym t. j. rozpuszczaniu się substancji białkowych (żółtka) i glikogenu, oraz wypływaniu tych substancji do przestrzeni okołojajowej. Dane te potwierdzają dotychczasowe wyniki prac fizjologicznych i chemicznych nad oddychaniem i przemianą materji zarodków żab, z których wynika, że główną rolę w spalaniu materjałów zapasowych odgrywają u żaby substancje białkowe.

Ponieważ wytwarzanie się perywitelinu schodzi się ze znacznem obniżeniem ciśnienia osmotycznego wewnątrz jaj, to prawdopodobnie perywitelin odgrywa rolę środowiska regulującego stan osmotyczny jaja i dopływ wody z zewnątrz.

Przeprowadzając dalej analogję między zjawiskami fizykochemicznemi, zachodzącemi w jaju po wniknięciu plemnika, a zmianami, zachodzącemi pod wpływem innych pobudek partenogenetycznych, autor dochodzi do wniosku, że w jednym i drugim przypadku mamy do czynienia ze zaktywowaniem oksydaz i lizyn, znajdujących się w jaju, lecz plemnik jednocześnie reguluje te procesy, podczas gdy inne pobudki nie zawsze je regulują i jaje ulega cytolizie.

Prelegent ilustrował swój referat licznemi preparatami mikroskopowemi.

III. St. Trojanowski przedstawia 3 preparaty rąk męskich z zachowanemi tętnicami pośrodkowemi (aa. medianae).

IV. St. Postolko demonstruje ciekawy przypadek niedomknięcia kanału poprzecznego (canalis transversarius) kręgów szyjnych aż do wysokości 3-go kręgu, przyczem na obnażonej t. kręgowej ułożona jest część szyjna pnia n. współczulnego, tworzącego gęsty splot na ścianach naczynia. Na przebiegu pnia widnieją 4 zwoje szyjne.

V. Prof. Edward Loth w referacie o anatomji i antropologji wyrostka robaczkowego omówił rozwój tej części przewodu pokarmowego z jelita ślepego. Przedstawił formowanie się kątnicy, począwszy od ryb (Kostanecki) i skończywszy na naczelnych, wśród których wyższe formy (szerokonose), według Neuvilla, wykazują już zaczątek wyrostka robaczkowego. Dalej prelegent skreślił teorję Jacobshagena, według której momentem decydującym w formowaniu się wyrostka robaczkowego u człekokształtnych (anthropoidea) jest kataplazja, połączona z powstrzymaniem rozwoju pasem mięsnych i wypukleń, wskutek czego wyrostek nie nabiera cech charakterystycznych dla okrężnicy.

Dalej prelegent omówił rozwój, budowę i położenie wyrostka robaczkowego u człowieka, poświęcając więcej miejsca badaniom uczonych polskich (Filimowski, Wertheim, Nowicki, Ciechanowski i Gliński).

W celu zaznaczenia wreszcie, że sprawa badań nad wyrostkiem robaczkowym bynajmniej nie może być uważaną za wyczerpaną, autor wskazał nowsze poglądy Zuckerkandla w sprawie obliteracji wyrostka robaczkowego, co w starszym wieku winno być uznawane za objaw normalny.

Wreszcie zostały omówione różnice antropologiczne według badań Bayona, polegające na różnej długości, mniej lub więcej bogatem ukrwieniu, oraz na różnej ilości limfocytów i zatok u białych i murzynów. W związku z morfologicznem podłożem prelegent specjalnie podkreślił, że u kolorowych wogóle, a w niektórych krajach w szczególności (Tunis, Chiny i t. d.), appendicitis jest chorobą nieznaną.

Posiedzenie dnia 13 grudnia 1923 roku.

Przewodniczący prof. E. Loth.

I. Dr. J. Machowicz demonstruje rzadko spotykany przypadek odejścia t. podobojczykowej od aorty zstępującej z brakiem nerwu powrotnego (n. recurrens).

II. Dr. M. Zaleski przedstawia przypadek unaczynienia grasicy przez dość znaczną tętnicę, pochodzącą od t. tarczowej górnej.

III. Dr. J. Grzybowski pokazuje preparat mięśnia strzałkowostępowego (m. fibulotarsalis) u człowieka, podając piśmiennictwo tyczące się tej rzadkiej odmiany.

IV. Dr. C. Jastrzębski. »O uchyłkach dwunastnicy«. Zebrane dotychczas dane statystyczne wykazują część uchyłków dwunastnicy od 0.5 do 2.0% (G. Case na 6347 badań roentgenologicznych znalazł uchyłki u 85 osób, t. j. w 1,3%). Spostrzeżenia własne dotyczą 3 przypadków.

Przypadek I. Mężczyzna około 50 lat. Dwa uchyłki części zstępującej dwunastnicy, które leżały w głębokich dołach w główce trzustki. Brodawka znajdowała się na tylnej ścianie uchyłka dolnego. Na zewnętrznej powierzchni dna tegoż uchyłka w tkance łącznej luźnej znaleziono kilka zrazików trzustki dodatkowej. Warstwa mięśniowa jelita dochodziła tylko do podstawy uchyłka, zaś w ścianach tych ostatnich wykryto tylko pojedyncze pasemka mięsne.

Przypadek II. Kobieta 64 lat. Dwa uchyłki części zstępującej dwunastnicy, Odległość ich od odźwiernika 7 i 8 i pół cm, długość 1 i 2 cm. Brodawka leży pod dolnym uchyłkiem. Szczątkowa warstwa mięśniowa dochodzi do dna uchyłków. W główce trzustki dla pomieszczenia uchyłków były odpowiedniej wielkości doły.

Przypadek III. Mężczyzna 45 lat. Bezpośrednio za i nad brodawką uchyłek wielkości orzecha laskowego. Szczątkowa warstwa mięśniowa dochodziła do dna uchyłka. Na tylnej powierzchni główki trzustki istniał głęboki rowek dla pomieszczenia uchyłka.

Osobiście autor zalicza przedstawione przypadki uchyłków dwunastnicy do wad rozwojowych.

W ożywionej dyskusji zabierali głos: prof. Konopacki, Dr. Stankiewicz i Dr. Poplewski.

Sekretarz: Dr. *Poplewski.*

## Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne.

Posiedzenie naukowe z dnia 20. grudnia 1923 r.

Pokazy chorych:

1) Kol. Karbowski. Przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego, z wyzdrowieniem po dokonanej labiryntotomji. Przyp. dotyczy 22 letniej chorej, która od lat dziecinnych cierpi na sprawę ropną lewego ucha środkowego. Przed 5-ma laty wystąpiło porażenie lew. n. twarzowego. W marcu 23 r

chorą przywieziono do szpitala z objawami zapalenia opon mózgowych. Płyn mózgowordzeniowy był mętny, jałowy. Stwierdzony u chorej wyprysk przemawiał za nagminnem zapaleniem opon; przeprowadzone leczenie zapomocą surowicy mening. dało szybką poprawę i chora wypisała się wyleczona. Sześć miesięcy po przebytem zapaleniu nagminnem opon chora poraz drugi przybyła do szpitala z objawami ciężkiego zapalenia opon. Płyn był mętny, jałowy; stwierdzono komórki wielojądrzaste. Słuch lew. ucha (o.) Pobudliwość narządów przedsionkowych zniesiona. Dokonana doszczętna operacja z szerokiem otwarciem ucha wewnętrznego dała już po kilku dniach poprawę i po trzech tygodniach chora wypisała się ze szpitala z niezupełnie zagojoną raną.

**Dyskusja:** Kol. Sinołęcki zwraca uwagę na to, że wyprysk nie może być uważany za objaw decydujący w różniczkowaniu między zapaleniem opon nagminnem a zapaleniem opon następczem; influenza, zapalenie płuc również przebiegają z wypryskiem

Kol. Guranowski nie uważa za dowiedzione, że pierwsze zapalenie opon było zapaleniem nagminnem. Wyprysk niekiedy bywa w zapaleniu opon pochodzenia usznego. Guranowski skłonny jest przypuszczać, że i pierwsze zapalenie opon również było pochodzenia usznego.

Kol. Karbowski: Dotychczasowe doświadczenie kliniczne otologów i neurologów przemawia za tem, że wyprysk patognomoniczny jest dla nagminnego zapalenia opon. Karbowski przytacza przypadek w którym w przebiegu ropnego zapalenia ucha środk. pomimo dokonanej obustronnej paracentezy rozwinęło się zapalenie opon z wypryskiem. Badanie płynu wykazało zakażenie mieszane paciorkowcowe i meningokokowe. Przypadek ten potwierdza dotychczasowe doświadczenie, że wyprysk bywa wyłącznie w sprawach meningokokowych.

2) Kol. Karbowski: **Przypadek przetoki błędnika, przebiegającej bezobjawowo.** Chora lat 23. Obustronne ropienie ucha środkowego od lat dziecinnych. Wobec pogorszenia stanu chora skierowana została do leczenia chir. Badanie lewego ucha wykazało zniszczenie znaczne górnej i tylnej ściany przewodu kostnego. Ziarnina skąpa, źle unaczyniona. Badanie zgłębnikiem wykazało chropowatość części wzgórka jamy bębenkowej i obnażonego kanału półkolistego; chora doznaje silnego zawrotu głowy. Badanie zapomocą zgęszczenia i rozrzedzenia powietrza wykazało, że jest objaw przetokowy o charakterze typowym. Przypadek ciekawy jest ze względu na niebywałe duże zniszczenie kostnego przewodu i ze względu na bezobjawowy przebieg przetoki błędnikowej. Karbowski rozpoznaje gruźlicę ucha środkowego.

Kol. Pieniążek: **Z kazuistyki powikłań spraw ropnych ucha środkowego.**

Prelegent omawia szczegółowo dwa przypadki zapalenia ucha środkowego z powikłaniem ze strony zatok żylnych mózgu i żyły jarzmowej. W jednym przypadku pomimo szerokiej interwencji chir. i podwiązania żyły jarzmowej nastąpił zgon na drugi dzień po operacji. W drugim przypadku dokonana doszczętna operacja, obnażenie opuszki żyły sposobem Grünerta, podwiązanie żyły jarzmowej dały wynik pomyślny. W piątym tygodniu chora wypisana została z niezupełnie zagojoną raną.

Dwa podane przypadki, jak również dawniejsze obserwacje nasuwają następujące uwagi:

1. Ilość powikłań usznych z przebiegiem ciężkim jest znaczna, co świadczy o niedocenianiu spraw ropnych uszu przez lekarzy i otoczenie.
2. Przypadki ropnico-posocznicy pochodzenia usznego wymagają bezwzględnie interwencji chir., której wyniki pomimo ciężkiego stanu mogą być pomyślne.
3. Przewiązanie żyły jarzmowej przy uzasadnionem podejrzeniu istnienia w niej zakrzepu jest bezwarunkowo wskazane, nie zawsze jednak jest w stanie przeciąć drogę rozprzestrzeniania się czynnika zakaźnego.

**Dyskusja**: Kol. Königstein zwraca uwagę na trudności w rozpoznawaniu spraw zakrzepowych w żyle jarzmowej nie wyklucza zakrzepu, jak również stwierdzona bolesność nie zawsze dowodzi istnienia zakrzepu. Königstein przytacza przypadek, w którym błona była normalna, nie było bolesności wzdłuż żyły jarzmowej, a podczas operacji wykryto znaczne zmiany w wyrostku sutkowym; w zatoce esowatej, w żyle jarzmowej był zakrzep. Königstein wypowiada się za wczesnem wykonaniem zabiegu operacyjnego, albowiem tylko w tensposób można zapobiedz powikłaniom.

Kol. Karbowski nie podziela stanowiska tych otjatrów, którzy są za wczesnem operowaniem wyrostka w sprawach ostrych bez dostatecznych wskazań w obawie powikłań. Powikłania występują przeważnie niezależnie od tego, czy wcześnie, czy późno wykonujemy zabieg. Powikłania zależne są od stopnia żywotności infekcji i od warunków anatomicznych kości skroniowej. Karbowski obserwował przypadek, w którym na 6-ty dzień od wystąpienia pierwszych objawów ze strony ucha środkowego były objawy powikłania ze strony mózgowia.

Kol. Polański przytacza, że tak wczesne wystąpienie powikłań jest pozorne. Należy dokładnie zebrać wywiady, a okaże się, że cierpienie ucha trwa dłużej.

Kol. Wł. Hertz: **Poprawa słuchu po zastosowaniu olejku parafinowego.**

W referacie Hertz zwraca uwagę na stosowanie olejku parafinowego zamiast bębenka sztucznego w przypadkach znacznego zniszczenia błony bębenkowej. Zastosowanie olejku parafinowego daje lepsze wyniki, niż stosowanie bębenków sztucznych.

W dyskusji brali udział Chorążycki i Pieniążek.

Posiedzenie naukowe z dnia 24. stycznia 1924 r.

Przewodniczący Guranowski.

Pokazy: Kol. Karbowski. Przypadek ropnej, przewlekłej sprawy w zatoce Highmora, operowany metodą wewnątrznosową.

Operacja polegała na szerokiem otwarciu zatoki przez dolny przewód nosowy po uprzedniem usunięciu przedniej połowy dolnej muszli. Dla otrzymania stałego otworu K. utworzył płat śluzowo-okostnowy i pokrył nim dolną powierzchnię otworu. Chora jest sześć tygodni po operacji. Otwór widoczny jest przy wziernikowaniu. Chora obecnie niema dolegliwości, czuje się zdrowa.

**Dyskusja.** Kol. Pieniążek. Wewnątrznosowy sposób operowania daje według P. pomyślne i trwałe wyniki. P. miał możność stwierdzić istnienie szerokiego otworu do zatoki Highmora w przypadku, operowanym przed 12 laty. Wyleczenie w tym przyp. zupełne.

Kol. Chorążycki sądzi, że wewnątrznosową metodą nie osiąga się więcej niż przepłukiwaniami. Przez tak mały otwór w dolnym przewodzie nie można dokonać wyskrobania zatoki i jej uchyłków, zwłaszcza uchyłku przedniego. Konieczność dokonania przepłukiwań i brak przedniej połowy dolnej muszli należy zaliczyć do ujemnych stron metody wewnątrznosowej.

Kol. Hellin zwraca uwagę na to, że po doszczętnych operacjach przez *fossa canina* przepłukiwania, wbrew mniemaniom kol. Chorążyckiego, niezbędne są w przeciągu kilku tygodni.

Kol. Oppenheim. Metoda operacji wewnątrznosowej jest metodą pośrednią między leczeniem zachowawczem i operacją doszczętną. Zaletą tej metody jest możliwość wykonania operacji ambulatoryjnie. Utworzenie płatu i zawijanie do zatoki uważa za zbyteczne, gdyż jedna śluzówka do drugiej nie przyrasta.

Kol. Kmita. Operowanie przewlekłych spraw zatoki Highmora nie daje zupełnego wyleczenia, o ile nie jest doszczętnie usunięta błona śluzowa. Nawet nieznacznie zmieniona błona śluzowa, będąc pozostawioną, daje wydzielinę kataralną. Najradykalniejszą metodą pozostanie operacja przez fossa canina. Wobec tego, że oprócz schorzenia zatoki mamy często zajęcie komórek sitowych i inne cierpienia, celowem jest połączenie operacji zatoki szczękowej z szeregiem innych operacji. Dlatego K. operuje zatokę szczękową od strony nosa, lecz b. radykalnie.

Kol. Karbowski. Metoda wewnątrznosowa nadaje się do przypadków, w których nie przypuszczamy poważniejszych zmian w błonie śluzowej. Utworzenie w najniższym punkcie zatoki otworu stałego przyczynić się może do wyleczenia. Wyskrobanie błony śluzowej nie bardzo zmienionej, nie jest konieczne; przy operacjach zatoki przez fossa canina nie wyskrobujemy błony śluzowej, o ile zmiany są nieznaczne.

Sekretarz *Karbowski.*

---

## III. Zjazd Jubileuszowy Higjenistów Polskich.

We środę 7. maja r. b. odbyło się posiedzenie Komitetu, na którem uchwalono co następuje:

Ze względu na wielką obfitość referatów wielkiej doniosłości, zgłoszonych na Zjazd, postanowiono zamknąć przyjmowanie referatów. Prezydjum Zjazdu przekazało porozumienie się z referentami oraz ustalenie porządku referatów, gospodarzom sekcji. Na gospodarzy sekcji zaproszono: do sekcji higjeny epidemjologicznej dr. Stefana Sterling-Okuniewskiego, do sekcji techniki sanitarnej inż. Ignacego Piotrowskiego, do sekcji higjeny wychowawczej dr. Władysława Światopełk-Zawadzkiego. Uproszono ppułk. dr. Szulca, aby był łącznikiem pomiędzy gospodarzem sekcji, a grupą prelegentów wojskowych.

Obrano delegację, złożoną z pp. prof. Koskowskiego, dr. Vacquereta i dr. Dąbrowskiego do przypomnienia Prezydjum honorowemu o dniu otwarcia Zjazdu oraz ustalenia porządku przemówień powitalnych. Delegacja zobowiązała się również porozumieć z Kardynałem Kakowskim, co do ceremonji poświęcenia sztandaru.

Sprawa mieszkań dla uczestników Zjazdu spoczywa w rękach dr. Malecińskiego i dr. Vacquereta.

Odczytano szereg wniosków natury gospodarczej i naukowej, nadesłanych przez ekspozytury lwowską i krakowską i postanowiono przychylić się do wszystkich żądań.

Uchwalono urządzić podczas Zjazdu Wystawę higjeny niemowląt; organizacją Wystawy podjął się zająć dr. Gromski, wiceprezes P. A. K. P. D.

P. bud. Lisiecki zdał sprawozdanie z przebiegu prac około sztandaru Towarzystwa. Sztandar powinien wypaść bardzo okazale.

---

## Pierwszy Międzynarodowy Zjazd dla spraw higjeny przemysłowej.

Szwajcarski Komitet Higjenistów, organizujący pierwszy Międzynarodowy Zjazd dla spraw higjeny przemysłowej komunikuje nazwiska osób, które zgodziły się dostarczyć referatów na tematy podlegające obradom Zjazdu.

Referenci kwestji higjeny wzroku.

1. P. Gaster (Londyn) Sprawozdanie techniczne.

2. P. Oblath (Triest). Ogólna fizjopatologja.

3. Dr. Stassen (Leodjum). Oświetlenie w kopalniach i zmęczenie wzroku górników.

Kwestja wentylacji w zakładach pracy.

1. Pr. L. Hill (Londyn). Wentylacja (tak zw. katatermometry).

2. P. Kohn-Abrest (Paryż). Kurz i dym.

3. Pr. Lehmann (Würzburg). Gazy.

Kwestja badań nad zmęczeniem pracowników.

1. F. Lie. (New-York). Metody chemiczne. Ogólna krytyka badań nad zmęczeniem.

2. Pr. M. Patrizi (Bolonja). Metody chemiczne i graficzne.

3. P. Wyatt (Londyn). Metody psychologi znc.

Komitet ma nadzieję, że uda mu się rozesłać referaty przed kongresem, który odbędzie się 18—20 lipca 1924 r.

Wszelkich informacji udziela prof. Christiani, Instytut Higjeniczny, Uniwersytet Genewski, Szwajcarja.

---

## Sprawy zawodowe.

### Sprawozdanie z 5-go Walnego Zebrania Lekarzy Państwa Pol.

Dnia 27. kwietnia 1924 r. odbyło się w Warszawie 5-te Walne Zebranie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, w którem wzięło udział 100 delegatów ze wszystkich ziem Rzeczpospolitej.

Po powitaniu zebranych w imieniu kolegów warszawskich przez kol. Orłowskiego, wybrano na przewodn. zebrania: kol. Karwowskiego (Poznań), na assesorów: kol. Cerchę (Kraków), Grzybowskiego (Kraków), Dymińskiego (Poznań), Steinborna (Toruń), Zubra (Kowel), Bronisława Sawickiego (Warszawa), Strzodę (Śląsk), Rosiewicza (Łódź); na sekretarza: kol. Goździckiego (Warszawa).

Przed odczytaniem sprawozdania rocznego Związku (kol. Jasiobędzki, sekretarz) i sprawozdania budżetowego za rok 1923 (Mutermilch, skarbnik) jednomyślnie uchwalono wysłać telegramy do Prezydenta Rzeczypospolitej i Prezesa Ministrów.

Jako wynik całokształtu 12-to godzinnych obrad, 5-te Walne Zebranie przyjęło szereg wniosków i uchwał.

Najważniejsze z nich są:

Zjazd uchwala:

a) Zarząd Główny przystąpi do zrealizowania uchwały z r. 1922 i ogłosi konkurs na posadę Sekretarza generalnego przy Wydziale Wykonawczym Zarządu Głównego;

b) w związku z utworzeniem Sekretarjatu Generalnego przy Wydziale Wykonawczym w Warszawie wyznaczyć pogłówne od każdego członka Związku w wysokości zł. 10. rocznie na Zarząd Główny w Warszawie;

c) utrzymać przymus ubezpieczenia społecznego w stosunku do warstw ekonomicznie słabych, które na wypadek choroby nie mogą zabezpieczyć sobie pomocy lekarskiej;

d) znieść przymus ubezpieczenia społecznego dla osób ekonomicznie zabezpieczonych, pobierających pensję miesięczną i w razie choroby otrzymujących wynagrodzenie pieniężne w ciągu 3 miesięcy;

e) zwrócić uwagę sejmu, względnie rządu na konieczność zabezpieczenia na wypadek choroby warstw najuboższych, pracujących samodzielnie, nie będących w żadnym stosunku służbowym i roboczym, jak to: szwaczki, drobni rzemieślnicy, przekupnie i t. p.;

f) określić górną granicę dochodu, powyżej, której nie istnieje przymus należenia do Kasy Chorych;

g) wolny wybór lekarza jest integralnem prawem obywatela podczas choroby;

h) gabinety lekarskie prywatne mogą być równouprawnione z przychodniami Kas Chorych;

j) do Zarządu Kasy Chorych powinien należeć lekarz naczelny Kasy Chorych z głosem decydującym w sprawach lecznictwa (uchwała Poznańska 1923 r.), oraz powinny być powoływane w charakterze rzeczoznawców siły fachowe lekarskie z głosem doradczym;

k) wynagrodzenie jednostkowe, a nie ryczałtowe lekarza w Kasach Chorych jest bezwzględną koniecznością;

l) o zniesienie przymusu przyjmowania i leczenia ubezpieczonych członków Kasy Chorych »po cenach odpowiadających połowie własnego przeciętnego kosztu utrzymania i leczenia«, powinny ubiegać się zarządy instytucji leczniczych do tego przymusu ustawowo zobowiązanych;

m) stwierdzając, że jedynie na podstawie wolnego wyboru lekarza i opłaty jednostkowej należy zreformować pomoc lekarską dla pracowników państwowych. 5 Walne Zebranie poleca Głównemu Zarządowi Związku wejść w porozumienie ze stronnictwami sejmowemi celem uregulowania tej sprawy w myśl potrzeb urzędników;

n) stojąc zasadniczo na stanowisku, że t. zw. »bezrobocie« lekarskie nie może być uważane za środek obrony ostatecznej a więc dopuszczalny jedynie w przypadkach nadzwyczajnych, 5-te Walne Zebranie uchwala iż obwody każdorazowo są obowiązane uprzednio zawiadomić Zarządy odpowiednich okręgów oraz Zarząd Główny Związku w Warszawie o grożącym wybuchu bezrobocia;

o) uznaje się za niedopuszczalne stosowanie karencji w stosunku do kolegów, członków Związku, w razie, gdy są więcej niż rok członkami Związku w jakimkolwiek bądź obwodzie; w stosunku do pozostałych kolegów poszczególne obwody mogą zależnie od stosunków miejscowych uchwalić zastosowanie okresu karencyjnego nie dłuższego jednak nad jeden rok;

p) każdy członek Związku winien posiadać legitymację a przy wstąpieniu do Związku dać słowo honoru, iż będzie wypełniał uchwały Związku;

r) polecić Zarządowi Związku zwrócić się do Naczelnej Izby Lekarskiej w sprawie jak najrychlejszego utworzenia Kasy emerytalnej dla lekarzy oraz pozostałych po nich wdów i sierot.

Zjazd przedstawicieli Związku lekarzy Państwa Polskiego nadał jednomyślnie godność członków honorowych trzem kolegom: prof. Ad. Karwowskiemu (Poznań), dr. E. Orłowskiemu (Warszawa) i dr. M. Cersze (Kraków).

Zarząd Główny ukonstytuował się, jak następuje. Wydział Wykonawczy: E. Orłowski — prezes, K. Wagner — zastępca prezesa, W. Goździcki — sekretarz; S. Mutermilch — skarbnik i A. Jasiobędzki, zastępcy: Mazurek, Pieńkowski, Fr. Kowalski, Szumlański i Woynianka.

Z prowincji członkowie: Bartkiewicz (Zawiercie), Rosiewicz (Łódź), Steinborn (Toruń), Dembiński (Poznań), Cercha (Kraków), Zieleniewski (Sosnowiec), Karwowski (Poznań), Wrześniowski (Częstochowa), Kożuchowski (Lublin), Grzybowski (Kraków). Zastępcy: Michałowicz (Leszno), Sitkowski (Radzyń), Karwacki (Ostrowiec), Pełczyński (Radom), Krolewski (Kowel), Hauke (Katowice), Garzkowski (Starograd), Ożga (Turka n. Stryjem), Dymiński (Poznań).

Następne Walne Zebranie ma odbyć się w Krakowie w kwietniu 1925 r.

---

### Zrzeszenie lekarzy kolejowych Rzeczpospolitej Polskiej.

Na zasadzie statutu, zatwierdzonego w dn. 21. I. 1924 r. przez Radę Ministrów, powstało Zrzeszenie Lekarzy Kolejowych, mające na celu pracę nad wprowadzeniem w życie ulepszeń sanitarnych i leczniczych na kolejach i nawiązanie stosunków koleżeńskich, oraz obronę interesów moralnych, naukowych, ekonomicznych i zawodowych lekarzy kolejowych — członków Zrzeszenia.

Po ukonstytuowaniu Zarządów poszczególnych kół we wszystkich dyrekcjach, po wyborze delegatów na walne zebranie, odbyło się w d. 4. maja b. r. w Warszawie pierwsze organizacyjne zebranie delegatów, na którem wybrano Zarząd Główny i omawiano w zarysach ogólnych projekt działalności Zrzeszenia.

Wyjaśniono przedewszystkiem, że do Zrzeszenia nie mogą należeć lekarze, związani luźno z kolejnictwem, nie otrzymujący wynagrodzenia ryczałtowego lub też nie posiadający umów specjalnych z dyrekcjami kolei.

Postanowiono wszcząć starania o to, aby żadna organizacja służby lekarskiej na kolejach nie była wprowadzana bez wysłuchania opinji Zarządu Głównego Zrzeszenia.

W wyniku wyborów do Zarządu Głównego weszli z Warszawy: kol. Szumlański (prezes), Krzyczkowski (skarbnik), Zawadzki (sekretarz), z Wilna Szukiewicz (zast. prezesa) i ze Lwowa Demianowski. Jako zastępcy: kol. Więckowski (Warszawa), Smoliński (Poznań) i Sobolewski (Radom).

Skład Zarządów poszczególnych kół jest następujący:

1. Koło Warszawskie: prezes Skłodowski, zast. Mojkowski, skarbnik Dobrowolski, sekr. Biehler, zast. Rutkowski. 2. Koło Wileńskie: prezes Koiszewski, zast. Moszyński, skarbnik Borysiewicz, sekr. Budzyński, zast. Zebrowski. 3. Koło Krakowskie: prezes Jabłoński, zast. Ackerman, skarbnik Pisek, sekr. Wyrobisz, zast. Eisen. 4. Koło Lwowskie: prezes Demianowski, zast. Szymański, skarbnik Dekański, sekr. Siengalewicz, zast. Stauber. 5) Koło Stanisławowskie: prezes Jarosiewicz, skarbnik Hamerski, sekr. Ossoliński. 6. Koło Radomskie: prezes Kiersnowski, skarbnik Markowski, sekr. Tarnawski. 7. Koło Poznańskie: prezes Smoliński, skarbnik Budzyński, sekr. Kolszewski. 8. Koło Gdańskie: prezes Panecki, skarbnik Urbański, sekr. Betlejewski. 9. Koło Katowickie jeszcze nie zorganizowane.

---

*Komitet dla uczczenia pamięci prof. Łukasiewicza podaje do wiadomości, że czeki P. K. O. na Nr. 141, 177 zostały rozesłane wraz z nr. 7 Gazety lekarskiej tylko kolegom pozalwowskim i uprasza o wpłatę składek na cel umieszczenia tablicy pamiątkowej w gmachu lwowskiej kliniki dermatologicznej na rachunek Banku hipotecznego we Lwowie conto Nr. 141177 z wyraźnym dopiskiem u góry czeku »dla Komitetu prof. Łukasiewicza«.* Za Komitet *Andruszewski.*